

TESIS DOCTORAL

ALTERACIONES CONDUCTUALES EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

Presentada por:

Dña. Carolina Pinazo Clapés

Dirigida por:

Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis



UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Universitat de València, octubre 2019

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en
Promoción de la Autonomía
y Atención Socio-Sanitaria a
la Dependencia

TESIS DOCTORAL

ALTERACIONES CONDUCTUALES EN PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN RESIDENCIAS

Presentada por:

Dña. Carolina Pinazo Clapés

Dirigida por:

Dra. Dña. Sacramento Pinazo Hernandis



UNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Universitat de València, octubre 2019

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Doctorado en
Promoción de la Autonomía
y Atención Socio-Sanitaria a
la Dependencia

La Dra. Sacramento Pinazo Hernandis (Dpto. de Psicología Social de la Universitat de València)

INFORMA

Que ha supervisado la tesis doctoral realizada por CAROLINA PINAZO CLAPÉS

**ALTERACIONES CONDUCTUALES EN PERSONAS MAYORES
QUE VIVEN EN RESIDENCIAS**

Y considera que es apta para su lectura y defensa pública, optando al grado de:

Doctora en Promoción de la Autonomía y Atención Sociosanitaria a la Dependencia

Y para que así conste, firma la presente en Valencia, a 18 de septiembre de 2019

Dra. Sacramento Pinazo Hernandis
Directora

Dra. Sacramento Pinazo Hernandis
Tutora

Agradecimientos

Escribir una tesis es un proceso escalonado, un camino en el que se van entrecruzando ideas y motivaciones pero también personas y puntos de vista enriquecedores y necesarios. Por ello es importante para mi agradecer a todos aquellos que de alguna manera me han ayudado y han influido en este resultado final.

En primer lugar, gracias a todas las personas que han formado parte de mi formación, y han hecho que con los años el ámbito social, de la dependencia y en concreto de las personas mayores se haya convertido en algo más para mí que un simple trabajo.

En este camino por supuesto debo agradecer a la Dra. Sacramento Pinazo el escuchar mis inquietudes y mis motivaciones desde el principio, y apoyarme y guiarme priorizando siempre mis ideas y mis objetivos, por muy cambiantes que fueran y aunque nos hicieran hacer y deshacer proyectos varias veces. He aprendido de tí cualidades que ninguna docente me había enseñado hasta ahora y me has hecho ver la importancia de una buena formación. Pero no de una formación como yo la conocía, sino de una formación que te emociona, te marca y recuerdas toda la vida. Gracias Sacra por contagiar tu pasión y entusiasmo.

En los comienzos de este camino, es inevitable agradecerle sinceramente todo su apoyo y confianza a Mary Martínez. Todavía es difícil para mí creer que alguien con su gran trayectoria y profesionalidad haya confiado tanto en mis proyectos e ideas desde el primer día y me diera la oportunidad de llevarlos a cabo, crecer y desarrollarme como profesional. Sinceramente, gracias.

Gracias a Sara López, Mari Carmen Mascarós, Dora Izquierdo, Raquel Calabuig y Silvia Ferrandis por ser compañeras pero también amigas. Por formar el equipo que me ayudó a ver y comprender la necesidad y la riqueza de un buen trabajo de un equipo multidisciplinar. He aprendido de todas y cada una de vosotras a nivel profesional y personal.

Gracias a todas las personas mayores con las que he trabajado, que me han hecho aprender diariamente y comprender la importancia de la escucha, el cariño y la comprensión.

Gracias a todos los profesionales de La Saleta Care S.L. que han asistido a las formaciones voluntariamente, pese a la complicación de sus horarios y me han dado un feedback tan positivo. Gracias por acompañar y cuidar.

Gracias a Alicia, quien me ayudó a creer en el proyecto en un momento en el que estaba estancado. Gracias por tu trabajo, esfuerzo, ideas, rapidez y cercanía. Tu empatía y palabras de aliento han sido esenciales.

Gracias Eva por estar siempre, gracias por tu ayuda con la maquetación. Gracias por ser prima, amiga y casi hermana.

Gracias a mi madre, por conocerme más de lo que me puede llegar a conocer nadie y pensar siempre en lo mejor para todos de una forma tan incondicional.

Gracias a mi padre, por ser para mi un modelo de actitud ante la vida y darme tan buenos consejos que solo una experiencia vital como la tuya otorga.

Gracias Manu por mediar en mis días de nervios, por sacar esa parte de diálogo y de discusión y estar siempre dispuesto a ayudarme como buen hermano mayor.

Gracias Toni, por estar siempre y hacer que me ría de mis imperfecciones. Gracias por leerme, releerme y corregirme mostrando siempre interés. Por escuchar mis miedos y mis inquietudes y siempre sacarme una sonrisa.

Y gracias a mi hijo, por ponérmelo todo tan fácil incluso antes de nacer y darme el empujón emocional que necesita un proyecto de este tipo.

ÍNDICE DE CONTENIDO



PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. Envejecimiento, demencias, cuidados y atención integral centrada en la persona 26

1.1. Cambios sociodemográficos y envejecimiento de la población 27

1.2. Salud y demencias..... 30

1.2.1. Salud..... 30

1.2.2. Demencias 33

1.3. Recursos asistenciales y modelo de atención integral centrada en la persona..... 38

CAPÍTULO 2. Síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias..... 44

2.1. Concepto 45

2.2. SPCD: Tipos y prevalencia..... 52

2.2.1. Ansiedad..... 55

2.2.2. Depresión..... 57

2.2.3. Apatía..... 59

2.2.4. Euforia..... 60

2.2.5. Irritabilidad o Labilidad emocional..... 60

2.2.6. Alucinaciones..... 61

2.2.7. Delirios 62

2.2.8. Agitación y/o agresividad 63

2.2.9. Trastorno del sueño..... 65

2.2.10. Trastorno de la conducta..... 66

2.2.11. Deshinibición..... 67

2.2.12. Conducta motora aberrante 67

2.3. Impacto de los SPCD 72

2.4. La complejidad de las causas de SPCD 75

2.5. Los SPCD como predictores de la demencia 83

CAPÍTULO 3. Eliminación de sujeciones físicas y químicas en recursos asistenciales 88

3.1. Sujeciones físicas..... 90

3.2. Sujeciones químicas 100

3.2.1. Psicofármacos..... 101

| | |
|---|------------|
| a. Neurolépticos típicos y atípicos | 101 |
| b. Antidepresivos | 107 |
| c. Benzodiazepinas..... | 109 |
| d. Otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticas | 110 |
| e. Inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina | 111 |
| f. Antiepilépticos | 112 |
| 3.2.2. Prevalencia del consumo y eficacia de los psicofármacos | 113 |
| 3.2.3. Farmacocinética en población mayor..... | 118 |
| 3.2.4. Polifarmacia..... | 120 |
| CAPÍTULO 4. Terapias no farmacológicas | 124 |
| 4.1. Terapias no farmacológicas recomendadas para la persona ... | 127 |
| 4.1.1. Estimulación cognitiva | 127 |
| 4.1.2. Estimulación cognitiva enriquecida | 128 |
| 4.1.3. Entrenamiento de actividades de la vida diaria | 128 |
| 4.1.4. Intervenciones conductuales..... | 129 |
| 4.1.5. Entrenamiento cognitivo | 130 |
| 4.1.6. Rehabilitación cognitiva..... | 131 |
| 4.1.7. Musicoterapia | 132 |
| 4.1.8. Reminiscencia | 133 |
| 4.1.9. Ejercicio aeróbico | 134 |
| 4.2 Terapias no farmacológicas recomendadas para el cuidador... | 136 |
| 4.2.1. Educación y asesoramiento del familiar cuidador..... | 137 |
| 4.2.2. Asesoramiento de la persona con demencia y el familiar cuidador.... | 139 |
| 4.2.3. Entrenamiento del cuidador profesional..... | 139 |
| 4.2.4. Programas para reducir sujeciones físicas y sujeciones químicas..... | 143 |

PARTE II. METODOLOGÍA

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 5. Justificación | 148 |
| CAPÍTULO 6. Objetivos..... | 152 |
| CAPÍTULO 7. Método..... | 156 |
| 7.1. Descripción de los tres estudios..... | 157 |
| 7.1.1. Descripción Estudio I | 157 |

| | |
|---|-----|
| 7.1.2. Descripción Estudio 2 | 157 |
| 7.1.3. Descripción Estudio 3 | 158 |
| 7.2. Método Estudio 1 | 160 |
| 7.2.1. Participantes Estudio 1 | 160 |
| 7.2.2. Procedimiento Estudio 1 | 161 |
| 7.2.3. Instrumentos y variables Estudio 1 | 162 |
| 7.3. Método Estudio 2 | 171 |
| 7.3.1. Participantes Estudio 2 | 171 |
| 7.3.2. Procedimiento Estudio 2 | 174 |
| 7.3.3. Instrumentos y variables Estudio 2 | 178 |
| 7.4. Método Estudio 3 | 181 |
| 7.4.1. Participantes Estudio 3 | 181 |
| 7.4.2. Procedimiento Estudio 3 | 183 |
| 7.4.3. Instrumentos y variables Estudio 3 | 185 |
| CAPÍTULO 8. Resultados | 186 |
| 8.1. Resultados Estudio 1 | 188 |
| 8.2. Resultados Estudio 2 | 199 |
| 8.3. Resultados Estudio 3 | 205 |
| CAPÍTULO 9. Discusión | 220 |
| 9.1. Discusión Estudio 1 | 226 |
| 9.2. Discusión Estudio 2 | 243 |
| 9.3. Discusión Estudio 3 | 247 |
| CAPÍTULO 10. Conclusiones y limitaciones | 256 |
| 10.1. Conclusiones | 257 |
| 10.2. Limitaciones | 261 |
| PARTE III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |
| PARTE IV. ANEXOS | |
| ANEXO 1 | 319 |
| ANEXO 2 | 320 |
| ANEXO 3 | 323 |

ÍNDICE DE FIGURAS



| | |
|---|-----|
| Figura 1. Centros residenciales nacionales según tipo de gestión y número de plazas | 39 |
| Figura 2. Clasificación de los SPCD | 49 |
| Figura 3. Factores que influyen en SPCD | 79 |
| Figura 4. Sucesión de parámetros biológicos y clínicos en la enfermedad de Alzheimer | 84 |
| Figura 5. Uso diario de restricciones físicas en función del deterioro físico y cognitivo en ocho países | 90 |
| Figura 6. Consumo de antidepresivos en España del 2012 al 2016 | 115 |
| Figura 7. Porcentajes en función del género Estudio 1 | 160 |
| Figura 8. Frecuencias de diagnósticos de los trastornos cognitivos más prevalentes | 164 |
| Figura 9. Frecuencias de tipos de demencias diagnosticadas | 164 |
| Figura 10. Frecuencias de los trastornos psicológicos diagnosticados más prevalentes | 165 |
| Figura 11. Porcentajes en función del género Estudio 2 | 171 |
| Figura 12. Porcentajes de distribución del tipo de participantes Estudio 2 en función de los años de experiencia en el sector | 172 |
| Figura 13. Porcentajes de distribución del tipo de participantes Estudio 2 en función de la formación | 173 |
| Figura 14. Participantes en función del género grupo experimental Estudio 3 | 181 |
| Figura 15. Participantes en función del género grupo control Estudio 3 | 182 |
| Figura 16. Porcentajes en función de tipo de AC | 189 |
| Figura 17. Porcentajes en función de tipo de psicofármaco | 190 |
| Figura 18. Porcentaje en función de nivel de deterioro cognitivo medido por la escala MEC | 191 |

| | |
|---|-----|
| Figura 19. Porcentaje en función de nivel de dependencia funcional medido por la escala Barthel | 192 |
| Figura 20. Porcentaje en función de nivel de estabilidad para la marcha medido por la escala Tinetti | 192 |
| Figura 21. Porcentaje en función de estado anímico medido por escalas Yesavage y Cornell | 193 |
| Figura 22. Evolución del consumo de psicofármacos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 207 |
| Figura 23. Evolución de la prescripción de Neurolépticos Típicos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales | 208 |
| Figura 24. Evolución de la prescripción de Neurolépticos Atípicos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales | 208 |
| Figura 25. Evolución de la prescripción de Benzodiazepinas de Vida Corta en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 209 |
| Figura 26. Evolución de la prescripción de Benzodiazepinas de Vida Media en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 209 |
| Figura 27. Evolución de la prescripción de Benzodiazepinas de Vida Larga en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 210 |
| Figura 28. Evolución de la prescripción de otros Hipnóticos, sedantes y ansiolíticos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 210 |
| Figura 29. Evolución de la prescripción de Antidepresivos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 211 |
| Figura 30. Evolución de la prescripción de Antiepilépticos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 211 |
| Figura 31. Evolución de la prescripción de Inhibidores de la Colinesterasa y Memantina en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 212 |
| Figura 32. Evolución de las AC en los cinco momentos temporales en los grupos experimental y control..... | 213 |
| Figura 33. Evolución Estado funcional en el grupo de intervención y en el grupo | |

| | |
|---|-----|
| control en los diferentes momentos temporales..... | 216 |
| Figura 34. Evolución Marcha y equilibrio en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales..... | 218 |

ÍNDICE DE TABLAS



| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Clasificaciones de los SPCD según distintos autores..... | 52 |
| Tabla 2: Prevalencia de SPCD según varios autores | 57 |
| Tabla 3. Breve definición de los doce síntomas evaluados por el NPI | 58 |
| Tabla 4. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España del 2010 al 2018 | 118 |
| Tabla 5. Clasificación de las TNF | 130 |
| Tabla 6. Esquema general de los estudios y los objetivos a los que dan respuesta . | 162 |
| Tabla 7. Resumen de las variables evaluadas Estudio 1 | 166 |
| Tabla 8. Resumen de los instrumentos utilizados Estudio 1 | 170 |
| Tabla 9. Contenidos del programa formativo Estudio 2 | 179 |
| Tabla 10. Contenido teórico de los cuestionarios pretest y postest Estudio 2 | 182 |
| Tabla 11. Tabla de corrección de casos prácticos Estudio 2 | 183 |
| Tabla 12. Tiempos de medición Estudio 3 | 188 |
| Tabla 13. Características generales de la muestra Estudio 1 | 192 |
| Tabla 14. Porcentajes en función de tipo de psicofármaco | 194 |
| Tabla 15. Media y desviación típica en las diferentes escalas de variables clínicas .. | 195 |
| Tabla 16. Diferencias variables psicofuncionales en función de género | 198 |
| Tabla 17. Diferencias prescripción psicofármacos en función de género | 199 |
| Tabla 18. Correlaciones entre las variables consumo de psicofármacos, dependencia funcional, estabilidad para la marcha, deterioro cognitivo, estado anímico, SPC, caídas, participación en actividades y problemas de comunicación | 200 |
| Tabla 19. Características generales de la muestra Estudio 2 | 203 |
| Tabla 20. Puntuaciones parte teórica fase pretest según años de experiencia Estudio 2 | 204 |
| Tabla 21. Puntuaciones parte práctica fase pretest según años de experiencia Estudio 2 | 205 |
| Tabla 22. Porcentaje de respuestas en Detección de AC | 207 |
| Tabla 23. Porcentaje de respuestas en Registro de AC | 207 |
| Tabla 24. Porcentaje de respuestas en Manejo de AC | 208 |
| Tabla 25. Características generales de la muestra Estudio 3..... | 209 |
| Tabla 26. Media consumo de psicofármacos entre T0 y T1 y estadísticos univariados | |

| | |
|--|-----|
| de comparación de grupos experimental y control..... | 210 |
| Tabla 27. Media consumo de psicofármacos en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación de grupos experimental y control..... | 211 |
| Tabla 28. Media de prevalencia de las AC en los cinco momentos temporales y estadísticos | 217 |
| univariados de comparación de grupos experimental y control..... | 217 |
| Tabla 29. Media de prevalencia de las AC en los cinco momentos temporales en los grupos con y sin intervención | 218 |
| Tabla 30. Media de Estado funcional en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control..... | 219 |
| Tabla 31. Media de Marcha y equilibrio en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control..... | 221 |
| Tabla 32: Resumen de los objetivos de la investigación | 226 |
| Tabla 33: Comparación de los porcentajes de detección de síntomas neuropsiquiátricos de nuestro estudio con estudios tipo similares | 231 |
| Tabla 34. Comparación de los porcentajes de prescripción de antidepresivos, benzodiacepinas y neurolépticos de nuestro estudio con estudios tipo similares ... | 234 |

PARTE I
MARCO
TEÓRICO

CAPÍTULO 1

Envejecimiento, demencias, cuidados y atención integral centrada en la persona

1.1. Cambios sociodemográficos y envejecimiento de la población

La humanidad siempre ha tenido un gran interés por sumar años a la vida. Actualmente, los recientes avances médicos y tecnológicos hacen que este objetivo se haya visto cumplido y podemos hablar de datos que hace décadas nos hubieran resultado difíciles de creer. Por primera vez en la historia, la mayor parte de la población mundial tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2018). Estos datos pronostican para los próximos años unas cifras muy diferentes a las actuales. Se espera que para el año 2050, el porcentaje de habitantes mayores de 60 años se duplique con respecto al de 2015, pasando de un 12% a un 22% a nivel mundial. Según los pronósticos de este informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS a partir de ahora) en 2018, nuestra sociedad cuenta hoy con 125 millones de personas mayores de 80 años, que podrán pasar a ser 434 millones en el año 2050. Centrándonos en España, se estima que en el 2066 un 34,6% de la población serán personas mayores de 65 años. Este dato no se debe únicamente al incremento de la esperanza de vida, sino que además, en el 2030 se registrará un importante incremento de este sector de la población con la llegada de la generación de los baby boom a los 65 años de edad (Abellan, Ayala, Pérez y Pujol, 2018).

Datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017) informan que las mujeres españolas tienen una esperanza de vida al nacer de 85,4 años. La de los hombres es de 79,9 años. Estas cifras se encuentran entre las más altas de Europa y del mundo.

Estos datos podrían ser vistos como oportunidades para las personas, las comunidades y la

sociedad en su conjunto pero lo cierto es que la vejez siempre se ha visto rodeada por términos o ideas negativas asociadas a ella, como dependencia, aislamiento social, enfermedad o pérdida (Palmore, 1999; Thorton, 2002; Nelson, 2004). Y de hecho, este cambio demográfico de las últimas décadas se nos presenta como “problemático” o “reto” para nuestra sociedad y no tarda en tener connotaciones negativas. Se califica el envejecimiento como “uno de nuestros mayores triunfos, pero también uno de nuestros mayores desafíos” (Centro Internacional sobre el Envejecimiento, 2018).

La OMS ha redactado en 2018 unas líneas de actuación claves para abordar cinco aspectos que califican de prioritarios, que son:

1. Un compromiso con un envejecimiento saludable por el cual se demandan medidas sostenibles y políticas que apoyen a las personas mayores para que puedan desarrollarse en las mejores condiciones físicas, mentales y sociales posibles.
2. Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores, ya que estos sistemas deben organizarse y dar respuesta a las necesidades y preferencias de este colectivo que requieren de una atención mayor, más eficaz y más centrada en las personas.
3. Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica necesaria en todos los países. Para ello, consideran necesaria la implicación de los gobiernos para lograr una mejora de las infraestructuras y capacitar al personal.
4. Creación de entornos adaptados a las personas mayores, para lo que exigen medidas que luchen contra los estereotipos y la discriminación hacia el proceso de envejecer. En particular, el fomento de la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Adaptadas a las Personas Mayores.
5. Aumento de las investigaciones y trabajos que mejoren las mediciones, el seguimiento y la comprensión de este nuevo paradigma y de estos nuevos modelos

Por tanto, y como conclusión a este primer apartado, cabe recalcar la importancia de estas vías de actuación, que hacen hincapié en que la sociedad, la política y el ámbito de la investi-

gación tienen un papel muy importante en los próximos años para afrontar esta cantidad de cambios.

1.2. Salud y demencias

1.2.1. Salud

Basándonos en el nuevo modo de entender la salud (OMS, 1948) que hace referencia a “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” evidencia que una persona que envejece no tiene por qué dejar de ser una persona saludable. Y es que el envejecimiento a nivel biológico, no es más que la consecuencia de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo (OMS, 2015). Estos daños se dan durante la mayor parte de nuestra vida, pero en esta etapa, lentamente sobrepasan la capacidad de reparación y mantenimiento que posee el organismo, lo que conlleva un deterioro gradual y progresivo de las funciones físicas y mentales (Alvarado y Salazar, 2014). Es un proceso dinámico que afecta a todos los seres vivos por igual, pero el ritmo al que afectará a los distintos órganos de un mismo individuo o a distintos individuos siempre será diferente. Este deterioro, a medida que avanza, disminuye las reservas fisiológicas y aumentará la posibilidad de contraer enfermedades (OMS, 2015). En definitiva, se trata de un deterioro progresivo y generalizado que poco a poco hará que nos cueste más adaptarnos a las características y cambios que se produzcan en nuestro entorno y acaba por aumentar nuestra vulnerabilidad de padecer procesos que lleven a la muerte. La realidad es que la calidad de vida de una persona mayor está estrechamente relacionada con su grado de independencia.

En este punto, cobran especial relevancia los denominados “grandes síndromes geriátricos” ya que van a influir en la funcionalidad e independencia de la persona. Este término, que empieza a utilizarse a partir de los años 60, se utiliza hoy en día para designar un conjunto de cuadros

o afecciones que padecen un gran número de personas mayores, y que aunque no pueden ser tratados como “enfermedades”, son los precursores de la pérdida de funcionalidad y autonomía (Arriola et al., 2017).

En 1989, Kane, Ouslander y Abrass definieron doce síndromes geriátricos que son: inmovilidad, inestabilidad/caídas, incontinencia, deterioro cognitivo y síndrome confusional agudo, infecciones, desnutrición, alteraciones de la vista o el oído, estreñimiento, depresión, iatrogenia, inmunodeficiencia y alteraciones sexuales. Se les ha denominado los “gigantes de la geriatría” y se han convertido en una herramienta indispensable para el seguimiento y valoración médica en personas mayores. Es mucho más lógico cuando tratamos a esta población pensar en afecciones más que en enfermedades concretas ya que en muchas ocasiones un síntoma no tiene una única causa (tal y como lo estudia la medicina clásica), sino que está desencadenado por un conjunto de causas que se suman y que hay que tener presentes. Por tanto, el modelo tradicional de aplicar un tratamiento a un diagnóstico de enfermedad concreta en el caso de las personas mayores no será eficaz, e incluso puede ser una mala praxis teniendo en cuenta que es una población propensa a sufrir enfermedades iatrogénicas (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2006). Las personas mayores presentan cuadros crónicos, cuadros agudos, cuadros que se relacionan entre sí o cuadros que son consecuencia unos de otros y, por ello, es necesaria una formación específica en geriatría para todos los especialistas que les traten, ya que los procesos son distintos en todos los niveles y se deben adecuar las intervenciones a las necesidades de las personas, tal y como desarrollaremos más adelante en este capítulo.

Por tanto, la esfera biológica será tan desigual para cada individuo como lo son la amplia variedad de cambios psicosociales que se experimentan en esta etapa. Lo que cabe destacar es que a medida que envejecemos, el riesgo de padecer ciertas enfermedades aumenta.

Sin embargo, el hecho de padecer una o más enfermedades no condiciona necesariamente la independencia o capacidad funcional de una persona. Cabe destacar en este punto que la capacidad de adaptación de cada persona favorece un buen mantenimiento del bienestar psicosocial y emocional y, por tanto, de la calidad de vida. De hecho, sólo un 18,8% de personas

mayores de 85 años percibe que su estado de salud es malo y un 11,24% lo percibe como muy malo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017).

Así, no solo es relevante qué enfermedades tienen sino cómo perciben que esas dolencias les afectan a la salud física, emocional y social, y si les impiden ser capaces, autónomos e independientes. Y en este sentido, tal y como se desprendería de las conclusiones de la OMS (2015) ante el envejecimiento, la sociedad en general, los centros de investigación, los gestores y decisores políticos tienen un papel fundamental.

Según el Informe que el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, a partir de ahora) publicó en 2017, las causas más frecuentes por las que una persona mayor tiende a sentirse disfuncional son las asociadas a funciones sensoriales, seguidas de dolores musculares, trastornos depresivos, caídas, diabetes, demencia y artrosis (IMSERSO, 2017b). Dos de estos aspectos pertenecen al área de la salud mental, porque es una dimensión importante del estado de salud y un componente esencial del bienestar psicosocial.

En las últimas décadas surge el término “fragilidad”. Pese a la controversia que existe en la literatura para definirla, la fragilidad describe un estado dinámico que se da en personas que han sufrido una o varias pérdidas físicas, psicológicas y/o sociales que van a influir directamente en el riesgo o vulnerabilidad de padecer enfermedades, en su bienestar y en su calidad de vida (Benabarre et al., 2016). Existen variables predictoras que van a hacer que el riesgo a ser una persona mayor frágil sea mayor como por ejemplo la institucionalización en un centro residencial, entre otras. Por ello, es importante diseñar intervenciones en ámbito residencial que puedan prevenir este tipo de problemas que agravan el riesgo de sufrir una muerte más temprana (Benabarre et al., 2016).

La mejora en la detección de estas patologías y la optimización de técnicas y recursos de cuidados sociosanitarios, resulta necesaria.

1.2.2. Demencias

Al hablar de salud mental en personas mayores es inevitable hablar de demencia, término que se emplea para describir un conjunto de síntomas cognitivos, físicos y conductuales causados por una disfunción cerebral. Este proceso neurodegenerativo se caracteriza por un deterioro progresivo o crónico de las funciones corticales superiores como la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas o la orientación entre otras sin que haya alteración de la conciencia necesariamente. Las deficiencias en estas capacidades vendrán comúnmente seguidas de alteraciones en el estado de ánimo y en la conducta. Estas alteraciones, sumadas a las pérdidas físicas, las dificultades que aparecen para desempeñar tareas de la vida diaria y las implicaciones a nivel familiar y social, hacen que actualmente la demencia se considere una de las principales causas de pérdida de autonomía de una persona mayor (Barragán, García, Parra y Tejeiro, 2019; Smebye, Kirkevold y Engedal, 2015).

El término demencia proviene del latín *dementia* en el que *de* significa alejado y *mens* significa mente. Una de las primeras aproximaciones científicas la hace el Dr. Alois Alzheimer en 1907 que realiza un estudio de caso de una de sus pacientes, Auguste Detter, que padecía un cuadro sintomático y que posteriormente el psiquiatra Emil Kraepelin, en el 1910 definió como enfermedad de Alzheimer. Esta patología es actualmente la patología neurodegenerativa más prevalente y la principal causa de demencia en mayores de 65 años, ya que entre un 50% y un 70% de los casos de demencia los causa la enfermedad de Alzheimer (Prieto, Eimil, López, Llanero y Villarejo, 2017). Fue Kraepelin quien describió en aquella época los síntomas y especificó que a nivel neurológico, Auguste Detter tenía placas seniles y ovillos neurofibrilares (Berrios, 1995), lo que sigue considerándose a día de hoy como definitorio de esta patología (Barragán, García, Parra y Tejeiro, 2019).

Durante muchos años, se consideró la enfermedad de Alzheimer como causa de demencia presenil. Hasta que en los años 50, un grupo de investigadores de Newcastle avanzaron en sus descubrimientos acerca de la enfermedad y observaron que a nivel neurológico, no existían

excesivas diferencias entre los casos de demencia senil o la demencia tipo Alzheimer, por lo que dejó de diferenciarse la demencia presenil de la senil y se reconoció el predominio de la enfermedad de Alzheimer como principal causa de demencia independientemente de la edad (Ortiz y Carrasco, 2004).

Desde que se acuñó el término Enfermedad de Alzheimer (EA, a partir de ahora), se han ido describiendo varias patologías que provocan demencia. Existen actualmente más de 100 tipos de demencias, que se podrían dividir en tres grandes grupos.

- El primero lo compondrían las formas degenerativas o primarias. Estos tipos de demencia se dan a causa de una alteración en las sustancias que irrigan o que nutren nuestro cerebro, en concreto, de determinadas proteínas, lo que conlleva una degeneración neuronal. Por este motivo son degenerativas, progresivas e irreversibles. Las demencias primarias más comunes son la EA, la Enfermedad por cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson entre otras. En cada una de estas demencias la proteína que se ve afectada es distinta. Por ejemplo, en el caso de la enfermedad de Alzheimer las proteínas afectadas son la proteína Tau y la Beta amiloide, mientras que en la demencia por cuerpos de Lewy es la proteína Alfa sinucleína.

- El segundo grupo sería el de formas secundarias o asociadas, que surgen como consecuencia de una enfermedad que la persona ha padecido a lo largo de su ciclo vital como por ejemplo enfermedades cardiovasculares o hipertensivas. Estas enfermedades pueden llegar a tratarse adecuadamente por lo que en este tipo de patologías las medidas preventivas resultan muy eficaces. Las más comunes pertenecientes a este grupo son la demencia vascular, la demencia por síndrome de Korsakoff, la demencia por trastorno psiquiátrico, las demencias por causas metabólicas o las enfermedades sistémicas.

- El tercer grupo lo forman las demencias combinadas, o mixtas que son las que se componen por factores degenerativos y asociados. La más común sería una demencia vascular con Alzheimer que se caracteriza por un deterioro combinado.

A medida que avanzaba el interés y los estudios sobre estas patologías neurodegenerativas, se hizo necesario el consenso de unos criterios diagnósticos que guiaran la práctica médica. Ya en 1980, la American Psychiatric Association (APA, a partir de ahora) publicó los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III). Se definieron por primera vez unos criterios comunes para el diagnóstico de trastornos mentales en los que se incluían las demencias (APA, 1980).

Posteriormente, en la cuarta versión revisada de este manual, la APA presentó nuevamente unos criterios diagnósticos centrados en la sintomatología cognitiva de la patología en los que cobraba especial relevancia el componente amnésico que va acompañado de afasia, apraxia, agnosia o de alteraciones de las funciones ejecutivas para poder considerarse demencia. El manual también especifica que estas alteraciones no deben observarse únicamente durante el transcurso de un delirium sino que deben observarse más tiempo.

La última versión de este manual introduce el término trastorno neurocognitivo (que en la versión anterior se denominaba “trastorno mental orgánico”) en el que se incluyen las demencias y trastornos amnésicos. Se dividen los trastornos neurocognitivos en tres categorías: delirium, trastorno neurocognitivo menor y trastorno neurocognitivo mayor. El trastorno neurocognitivo mayor implica una mayor intensidad de los síntomas y una mayor afectación de la funcionalidad de la persona. Además, sean mayores o menores, estos trastornos contemplan la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal, demencia de cuerpos de Lewy, lesión traumática cerebral, enfermedad de Parkinson, infección por VIH y enfermedad de Huntington entre otras (APA, 2000; APA, 2013; López-Álvarez y Agüera-Ortiz, 2015).

De manera paralela están los criterios del manual CIE-10 (OMS, 1992), si bien no existen grandes diferencias entre ambos, salvo que el Manual DSM está orientado a la práctica clínica y por tanto al diagnóstico, y el CIE-10 al estudio epidemiológico de la población. Pero ambos contemplan la esfera cognitiva como base diagnóstica de las demencias y, en especial, la función mnésica como eje central de la sintomatología.

A nivel general, la demencia afecta alrededor de un 5% y un 8% de la población mundial mayor de 60 años, porcentaje que aumenta progresivamente conforme avanza la edad y con un claro predominio del sexo femenino (Garre-Olmo, 2018; Romero y Garrido, 2018). En España, estudios poblacionales recientes muestran que padecen esta patología entre el 5,5% y 5,8% en los mayores de 65 años y entre el 8,5% y el 9,4% en los mayores de 70 años (Garre-Olmo, 2018).

Además, los casos de demencia aumentan exponencialmente a partir de los 65 años, por lo que sumando estos datos al envejecimiento poblacional que describíamos al comienzo de este capítulo, se hacen previsiones de que en 2030 se podrán contar unos 74,7 millones de personas con demencia y en 2050 habrán alrededor de 131,5 millones de personas afectadas por algún tipo de demencia, mientras que en 2015 se contaban 46,8 millones de personas con esta patología (Prince et al., 2015). Por estos datos y previsiones es por los que la OMS califica la demencia como una prioridad para la salud pública (OMS, 2013).

A este aumento de incidencia se le debe sumar el impacto económico que suponen estas patologías. Pese a ser difícil de calcular, ya que se deben tener en cuenta los costes personales, familiares, sanitarios, no sanitarios, directos e indirectos, la OMS estimó en 2015 que a nivel mundial, la demencia tenía unos costes de 818 000 millones de dólares, cifra que equivale al 1,1% del producto interior bruto (PIB) mundial. Se prevee que en el año 2030 estos costes podrían alcanzar los 2 billones de dólares (OMS, 2015; Prieto, Eimil, López, Llanero y Villarejo, 2017).

Urge hacer nuevas investigaciones y aportes a las enfermedades neurodegenerativas. Aunque estos datos pueden ser muy alarmantes, no debemos obviar que en los últimos años se han publicado trabajos como los de Livingston et al. (2017) que indican la existencia de estrategias preventivas como el tratamiento activo de la hipertensión, la diabetes, la pérdida de la audición, la obesidad en personas a partir de los 45 años sin demencia, incidir en el ejercicio físico, el mantenimiento de las redes sociales o la reducción del tabaquismo podrían retrasar o prevenir un tercio de los casos de demencia. Este tipo de trabajos resultan esperanzadores y

demuestran que el esfuerzo que se está haciendo recoge sus frutos y, por tanto, se debe continuar investigando y diseñando intervenciones. Es cierto que la prevalencia de la enfermedad aumenta porque cada día hay más personas mayores a nivel mundial, pero si no existiera este envejecimiento poblacional, los casos de demencia habrían disminuido en los últimos 30 años (Garre-Olmo, 2018) y esto es gracias a las intervenciones de prevención primaria, secundaria e intervenciones en fases preclínicas (Crous-Bou, Minguillón, Gramunt y Molinuevo, 2017). En países con elevados ingresos se observan estas mejoras en mayor medida ya que es donde son posibles un mayor número de estrategias preventivas primarias y secundarias, como por ejemplo la información a los ciudadanos y el control de factores de riesgo cardiovasculares entre otros, que tienen efectos significativos sobre los casos de demencia y su impacto sobre la salud pública (Garre-Olmo, 2018). Es el caso de los Estados Unidos donde un estudio del año 2017 (Langa et al. 2017) en el que participaron 21000 adultos de 65 años o más afirmó que la prevalencia de demencia disminuyó significativamente, del 11,6% en 2000 al 8,8% en 2012.

Por este motivo es importante seguir trabajando con nuevos enfoques y paradigmas que hagan que la situación que rodea estas patologías mejore. En este punto los recursos asistenciales toman especial relevancia.

1.3. Recursos asistenciales y modelo de atención integral centrada en la persona

Los cambios demográficos mencionados, sumados a los cambios sociales que estamos viendo hacen que cada día sean más necesarios los recursos asistenciales. En los últimos años la estructura familiar se ha ido modificando, y cada día encontramos más personas mayores que han perdido cierta autonomía y se encuentran en el domicilio mientras sus hijos les cuidan a la vez que tienen cargas familiares y unos horarios laborales que dificultan la conciliación familiar. Los recursos asistenciales se convierten cada día más en una herramienta indispensable que proporcione los cuidados adecuados y mejore el bienestar de estas personas, por lo que no es sorprendente que en 2017, un informe del IMSERSO afirmase que en España el número de personas mayores institucionalizadas casi se ha triplicado en los últimos 10 años (IMSERSO, 2017a).

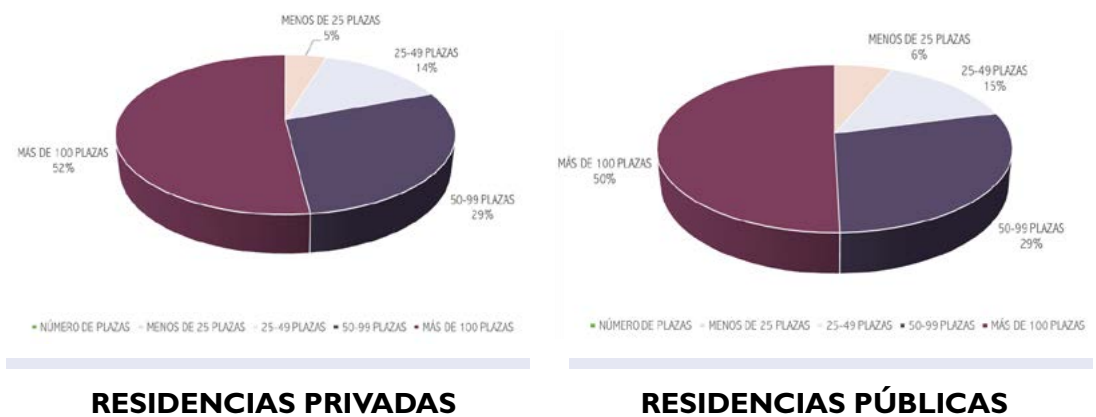
En el caso de las personas que sufren algún tipo de demencia, un informe reciente afirmaba que un 88,67% de las personas con demencia se encuentran en situación de “gran dependencia” (Prieto, Eimil, López, Llanero y Villarejo, 2017).

El Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) presentó en julio de 2017 en el portal de Envejecimiento en Red, el informe Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia (Abellán, Aceituno y Ramiro, 2018), que distingue varios tipos de recursos asistenciales para personas mayores: residencias, viviendas o pisos tutelados, centros psicogeriátricos, centros sociosanitarios, conjuntos residenciales u otros centros colectivos. Según este informe, en España existen actualmente 5.378 residencias que disponen de un total de 366633 plazas. Diferenciando por comunidades autónomas, en Ca-

taluña es donde podemos encontrar el mayor número de plazas (61.537) seguida de Madrid (48.734). Del número total de residencias en nuestro país, 3.845 son privadas y cuentan con 267.240 plazas, mientras que 1.530 son públicas y cuentan con 99.130 plazas. A nivel global hay una media de 4,2 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años. Si vemos estos datos por comunidades, los ratios son muy desiguales. Soria es la comunidad donde hay una mayor ratio con 10,9 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, muy seguida de Palencia que tiene una ratio de 10,7. La comunidad autónoma con un ratio más bajo es Ceuta que tiene únicamente 1 plaza por cada 100 personas mayores de 65 años, seguida de Canarias (2,2), Murcia (2,3), Comunidad Valenciana (2,9) y Andalucía (3) (Abellán, Aceituno y Ramiro, 2018).

Sean de gestión pública o privada existen centros de muchos tipos. Una clasificación recurrente es la de dividirlos según el número de plazas con las que cuentan (Abellán, Aceituno y Ramiro, 2018). En la Figura 1 se pueden ver los centros residenciales a nivel nacional según el tipo de gestión y el número de plazas.

Figura 1. Centros residenciales nacionales según tipo de gestión y número de plazas



Fuente: Elaboración propia a partir de Abellán, Aceituno y Ramiro (2018).

Vemos en la figura 1 que el mayor número de residencias tanto de gestión pública como de gestión privada cuenta con más de 100 plazas. Este dato es muy relevante ya que es uno de los factores que influyen directamente en el tipo de atención que reciban las personas que ingresen en los servicios que prestan cuidados de larga duración (Burgueño, 2008).

Tradicionalmente, los modelos de atención de los centros de este tipo con un gran número de residentes han centrado sus cuidados en un modelo biomédico, en el que la persona receptora de cuidados ha sido considerada como un sujeto pasivo al que proporcionarle cuidados médicos y cubrir sus necesidades básicas (Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández, 2012). Es decir, en un centro con un gran número de residentes y trabajadores con horarios rígidos, se han amoldado las tareas del centro a los horarios de los trabajadores para lograr que todas las necesidades del residente estuviesen cubiertas, ajenos a las preferencias y deseos de las personas. Esto, teniendo en cuenta las características de los centros grandes, se consigue con unos marcados horarios para las tareas de aseo, higiene, vestido, alimentación y sueño. Unos horarios ajustados que deben cumplirse sin exceder el tiempo para que el trabajo del centro no se vea alterado.

Este modelo biomédico tradicional se ha basado además en una visión totalmente centrada en la enfermedad y el déficit, clasificando a las personas según su patología o afectación y protocolizando las tareas con un criterio predominantemente clínico. Una visión totalmente reduccionista que ya las primeras corrientes del humanismo desvirtuaban.

La psicología humanista surge en el siglo XX y pretende alejarse de este tipo de protocolos. Refuerza una visión del ser humano como alguien único, consciente y con capacidad de elección propia. Uno de los psicólogos más relevantes de este movimiento es Carl Rogers (1977), que frente a las corrientes presentes en su época (el conductismo y el psicoanálisis) formula algo totalmente innovador: “la terapia centrada en el cliente” también llamada “terapia no directiva” (Rogers, 1977). Por este motivo, se considera a este autor uno de los precursores de lo que hoy en psicogerontología se denomina “la atención centrada en la persona” que pretende romper con los paradigmas de los modelos de cuidados tradicionales.

Este modelo presenta cinco ideas principales que deben guiar todas sus intervenciones. (Martínez, 2016):

1. La intervención debe centrarse en la persona y en su experiencia personal tal y como esa persona lo haya vivido;
2. La dignidad de la persona debe ser el eje central de cualquier actuación;
3. Se deben priorizar los procesos inherentes al ser humano, es decir, la capacidad de toma de decisiones, la creatividad o la búsqueda de autorrealización;
4. El desarrollo pleno de la persona siempre debe considerarse prioritario;
5. La persona debe ser estudiada tal y como se describe a sí misma y tal y como se presenta con los demás.

La primera vez que este modelo con bases humanistas se adapta a un sector relacionado con la dependencia es en los años 70, cuando surge en Estados Unidos la “Planificación centrada en la persona” (Person centered approach). Este modelo enfocado al sector de la diversidad funcional, reivindica el papel activo de la persona con discapacidad. Se comienza a hablar de grupos de apoyo, necesarios en los casos en los que la persona, debido a su afección no pueda dominar, gobernar o dirigir su propia vida. Estos grupos, formados por personas significativas deben ayudarle a alcanzar sus metas y objetivos personales. Los autores López, Marín y De la Parte (2004), subrayan que ninguna persona es igual a otra, por lo que las características individuales de cada uno son importantes, es decir, sus deseos, sus sueños, necesidades e intereses.

Estas ideas son las que retoma Tom Kitwood en 1997 y acuña el término “Atención centrada en la persona con demencia”. Este autor, fundador del grupo de demencias de la Universidad de Bradford, enuncia este modelo como guía para el cuidado de personas con demencia aunque, como veremos a continuación, es un modelo que a día de hoy se considera de primera opción en todas las áreas de la psicogerontología. Kitwood (1997) afirma que en el cuidado a las personas con demencia, prima la importancia de conocer la personalidad de la persona con

demencia, su biografía y su entorno (Kitwood y Breeding, 1992; Kitwood, 1992, 1993, 1997a, 1997b). Bajo esta premisa, reitera la urgencia de modificar el modelo de cuidados en los recursos de atención a las personas mayores. Considera indispensable que el personal sanitario conozca las peculiaridades de la persona a la que está atendiendo para mejorar así la calidad de sus cuidados y de su asistencia. Por primera vez, en el ámbito de la geriatría, se habla de acompañamiento emocional y con el tiempo, se sugiere que los recursos deben dejar de pensar en las necesidades que tienen las personas en situación de dependencia, y empezar a hablar de derechos (Rodríguez, 2010).

Por tanto, se destaca que para cuidar o acompañar a una persona con demencia no debemos centrarnos únicamente en su daño neurológico o en su estado de salud; es importante ir más allá y ver su entorno, su historia de vida, sus gustos y sus preferencias. Brooker y Surr (2005), definen cinco derechos contemplados por la Atención centrada en la Persona (ACP, a partir de ahora):

1. Confort, que implica la calidez o la proximidad con la que nos acercamos a las personas, mostrarles nuestra preocupación e interés por ellas;
2. Identidad, recordándoles quiénes son y reforzar sus cualidades, sus gustos, sus prioridades y sus manías;
3. Apego, que brinda importancia a la esfera social, a mantener los vínculos afectivos y transmitir seguridad a través del contacto y el cariño;
4. Ocupación, que hace referencia al derecho de las personas con demencia de continuar sintiéndose útiles, activos y necesarios;
5. Inclusión, que hace referencia a la importancia del bienestar social, de la integración de la persona en su familia o en la comunidad para evitar en la medida de lo posible los sentimientos de aislamiento y soledad.

En el año 2010, Pilar Rodríguez propone una definición del Modelo de Atención Integral y

centrada en la Persona (MAICP) en el que se basa esta tesis. Según esta autora, Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, el modelo de MAICP se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, siempre centrándose y respetando su dignidad, sus derechos, sus intereses, sus preferencias y contando con su participación plena y efectiva en su entorno social y comunitario (Rodríguez, 2010).

La Atención Gerontológica centrada en la Persona (Martínez, 2016; Rodríguez, 2011) pretende huir de los cuidados basados en enfoques paternalistas en los que los expertos son quienes diseñan y llevan a cabo las intervenciones en base a las problemáticas. En lugar de esto, la autora brinda una especial importancia a una buena praxis profesional que considere en todo momento la dignidad y el proyecto vital de las personas que viven en los centros residenciales (Martínez, 2016).

Poner en marcha los cambios que este modelo propone resulta más complicado en los centros en los que existe un número elevado de residentes y un número elevado de trabajadores, que tal y como hemos visto en la figura 1, es el caso de la gran mayoría de centros públicos y privados en España.

Tal y como veremos en capítulos posteriores, este trabajo se basa en este nuevo paradigma y pretende aportar herramientas que puedan favorecer en cierta medida el cambio a este modelo de cuidados en ámbito residencial.

CAPÍTULO 2

Síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias

2.1. Concepto

Como se describía en el capítulo anterior, la demencia comienza a ser estudiada como un trastorno de tipo orgánico en el que los factores biológicos y los síntomas cognitivos que definen la patología siempre han sido los grandes protagonistas. Por ello, no es de extrañar que durante décadas se haya investigado y descrito la patología desde un punto de vista únicamente médico dejando de lado el enfoque bio-psico-social que se considera tan importante actualmente (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012). De hecho, la esfera cognitiva es la que el DSM V destaca todavía como único marcador indispensable en el diagnóstico de la demencia pese a que en el caso que describía Alois Alzheimer en 1907 ya poseía una gran parte de síntomas no cognitivos (Maurer, Volk y Gerbaldo, 1997).

La primera vez que se menciona la parte psicológica y conductual que rodea la patología fue en el año 1995 en la First International Consensus Conference of Behavioral Disturbances o Dementia organizada por la International Psychogeriatrics Association en la que por fin se definen y se comienza a brindar importancia a estos síntomas (Finkel, Silva, Cohen, Miller y Sartorius, 1996) que a día de hoy se continúan considerando una prioridad al hablar de procesos demenciales (OMS, 2013).

Como conclusión a esta primera reunión, se acuña el término “behavioral disturbances of dementia” que en español equivale a “Alteraciones conductuales de la demencia”. Al constatar-se la relevancia del tema, la International Psychogeriatrics Association organiza congreso sobre el tema en 1999. En este segundo congreso, se consensúa un nuevo término que contempla los síntomas comportamentales y hace mención también a los síntomas psicológicos. El término

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), en español: “Síntomas Psicológicos y Conductuales Asociados a la Demencia” (SPCD, a partir de ahora), es acuñado por Finkel y Burns en el año 2000 y es el que continúa en uso. El término “síntomas” vuelve a subrayar el enfoque médico que se le ha otorgado al tema. De hecho, muchos autores han reivindicado que quizás el término “signo” hubiera sido más apropiado ya que brinda mayor objetividad y destaca que estas conductas son signos observables (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012). Los autores antecitados reivindican la falta de idoneidad del vocablo “síntoma” que nos lleva directamente a pensar en la enfermedad, dejando de lado otros factores que pueden intervenir o afectar de manera significativa a la aparición y mantenimiento de estos síntomas.

Los SPCD se definen como un conjunto heterogéneo de alteraciones de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo y la conducta que se dan en los pacientes con diagnóstico de demencia (Finkel, 1997; Finkel, Silva, Cohen, Miller y Sartorius, 1996).

Que este consenso llegue tan tarde explica el hecho de que, durante décadas, los estudios y las intervenciones diseñadas en el ámbito de las demencias se hayan centrado en el área cognitiva. Programas de entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva para frenar el proceso de la enfermedad, concepto de neuroplasticidad, de arquitectura funcional... y sin embargo, hemos visto menos trabajos centrados en la esfera emocional y psicológica que serán tan relevantes para la propia persona como para su entorno socio-familiar (Lanctôt et al., 2017).

Hoy se considera un tema de especial relevancia debido a su prevalencia, gravedad y consecuencias que pasamos a describir a continuación.

Se han hecho distintas clasificaciones de los síntomas y se agrupan de manera distinta según el enfoque que elijamos, de manera que pueden llegar a solaparse unos con otros. En todas las clasificaciones priman las conductas que son más disruptivas y disfuncionales para la propia persona y su entorno. Pérez y González (2018), ciñéndose al término acuñado por Finkel y Burns (2000), distinguen los síntomas psicológicos de los conductuales. En los primeros, agru-

pan los síntomas psicóticos como los delirios y las alucinaciones y también síntomas como la depresión o la ansiedad, mientras que en los segundos incluyen la deambulación, la agitación, la agresividad o la desinhibición. Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert (2012), separan los síntomas según el método con el que se pueden evaluar. Los autores distinguen los síntomas psicológicos, más complejos y elaborados, como son por ejemplo la depresión, la ansiedad o la psicosis, de los síntomas conductuales más “básicos” como son la agresividad, la hiperactividad o la desinhibición. Según estos autores, los primeros deben evaluarse a través de una entrevista con la propia persona o con sus cuidadores directos, mientras que los segundos pueden detectarse a través de la observación directa de la conducta. Aalten et al. (2007), recopilaron datos de corte transversal de 2.808 pacientes con demencia de doce centros del Consorcio Europeo de Enfermedad de Alzheimer e hicieron un análisis factorial de los SPCD en base a las variables subtipos de demencia, severidad de demencia, uso de medicamentos, edad y género. Los resultados de este trabajo mostraron la presencia relativamente constante de cuatro subsíndromes neuropsiquiátricos: 1. Hiperactividad (agitación, desinhibición, irritabilidad, conducta motora aberrante y euforia); 2. Psicosis (delirios, alucinaciones y trastornos del sueño); 3. Síntomas afectivos (depresión y ansiedad); y 4. Apatía (apatía y trastorno del apetito), destacando así la importancia de pensar en los subsíndromes neuropsiquiátricos en lugar de síntomas separados.

Se muestra en la tabla I un breve resumen de las distintas clasificaciones de estos síntomas que aparecen en la literatura.

...

...

Tabla I. Clasificaciones de los SPCD según distintos autores

| Autores | Clasificación | SPCD |
|---|-----------------------|---|
| Pérez y González (2018) | Síntomas psicológicos | Delirios, alucinaciones, depresión, ansiedad |
| | Síntomas conductuales | Agitación, desinhibición, deambulación |
| Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert (2012) | Síntomas complejos | Depresión, ansiedad, psicosis |
| | Síntomas básicos | Agresividad, hiperactividad, desinhibición |
| Aalten et al. (2007) | Hiperactividad | Agitación, desinhibición, irritabilidad, conducta motora aberrante, euforia |
| | Psicóticos | Delirios, alucinaciones, sueño |
| | Afectivos | Depresión, ansiedad |
| | Apatía | Apatía, apetito |
| Garre-Olmo, López-Pousa, Vilalta-Franch, de Gracia y Vilarrasa (2010) | Psicóticos | Delirios y alucinaciones |
| | Afectivos | Depresión, ansiedad, agitación, irritabilidad |
| | Comportamentales | Desinhibición, euforia, conducta motora aberrante, apatía |

Fuente: Elaboración propia

En muchas de estas clasificaciones no se contemplan las alteraciones del sueño o del apetito, o se solapan algunos síndromes con otros. Una clasificación clara y completa es la que contempla como eje central la agitación y a su alrededor cuatro grandes grupos, los síntomas psicóticos, afectivos, conductuales y vegetativos (Figura 2). Y es que algo que complica su correcto registro es que raramente se presenta uno solo de los síntomas. A menudo la agitación puede aparecer como consecuencia de dormir insuficientemente o de la presencia de sintomatología depresiva por ejemplo (Tao et al., 2018).

Figura 2. Clasificación de los SPCD



Fuente: Elaboración propia

Para valorar y detectar estos síntomas, Smith y Buckwalter (2005), describieron 4 instrumentos de evaluación estandarizados:

El Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings et al., (1994) que analiza la gravedad y la frecuencia de doce comportamientos comúnmente observados en la demencia: la ansiedad, la depresión, la apatía, la euforia, la irritabilidad o labilidad emocional, las alucinaciones, los deli-

rios, la agitación o agresividad, el trastorno del sueño, el trastorno de la conducta alimentaria y la desinhibición.

La Escala de Calificación de la Enfermedad de Alzheimer (Reisberg et al., 1987) que evalúa siete áreas, incluidas las alteraciones en el ritmo diurno, el afecto y las fobias;

El Inventario de Agitación de Cohen-Mansfield (1999) que examina la frecuencia diaria de treinta y seis comportamientos representativos de la agitación verbal y física;

La Dementia Scale (Logsdon et al., 1999) que analiza la frecuencia diaria de dieciseis conductas asociadas con la agitación.

Para definir los SPCD, en este trabajo nos vamos a basar en el primero de ellos, el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) de Cummings et al., (1994) que continúa siendo el instrumento de referencia en la mayoría de investigaciones sobre el tema tal y como señala la reciente revisión de Pérez y González (2018). Este instrumento surge por la necesidad de evaluar los síntomas neuropsiquiátricos que caracterizan los trastornos neurodegenerativos y puede incluso ayudar a distinguir entre distintas demencias ya que Cummings (1997) afirma que los aspectos neuropsiquiátricos de la demencia son manifestaciones primarias de los cambios neurobiológicos subyacentes. Por ejemplo, la euforia o la desinhibición que no son usuales en el transcurso de la enfermedad de Alzheimer pueden ser un indicio de que exista una demencia frontotemporal (Cummings, 1997). El NPI en su primera versión contemplaba diez síntomas, a los cuales añadió posteriormente los dos trastornos vegetativos del sueño y la alimentación (Cummings et al., 1994; Cummings, 1997). Actualmente incluye doce síntomas. Existen dos versiones de este instrumento, el NPI enfocado a personas que viven en comunidad y el NPI-NH (versión Nursing Home o residencias) que se desarrolló para ayudar a caracterizar los síntomas neuropsiquiátricos y la psicopatología de pacientes con deterioro cognitivo y demencia que viven en residencias y por ello la información se obtiene de cuidadores profesionales. Este instrumento cuenta con dos subescalas. La primera es idéntica a la del NPI, que es la que evalúa la frecuencia y gravedad de los doce síntomas. La segunda, mide el impacto de los síntomas evaluados

en el cuidado, es decir, determina la interrupción ocupacional (mientras que en el NPI medía la angustia del cuidador familiar). En este trabajo vamos a utilizar la versión validada en español (Boada, Cejudo, Tárraga, López y Kaufer, 2002) que definiremos con detenimiento en la parte metodológica de este trabajo, capítulo 7.

A la hora de comparar la prevalencia de cada SPCD, nos basaremos en los resultados de varios estudios que se describen a continuación. Cabe subrayar que existe cierta dificultad en comparar los datos por la controversia en la literatura acerca del punto de corte que se debe tomar para considerar que un síntoma es significativo. Hemos encontrado estudios que consideran la significación clínica neuropsiquiátrica y que determinan que un síntoma es significativo cuando es igual o superior a 4 en el inventario NPI (Dechamps, Jutand, Onifade, Richard-Harston y Bourdel-Marchasson, 2008; Robles et al., 2012; Steinberg et al., 2014); otros que los contemplan con una significación superior a 0 (Bergh y Selbaek, 2012); e incluso estudios en los que no se especifica (Baquero et al., 2004; Björk et al., 2016).

Debido a esta falta de consenso, en nuestro trabajo hemos considerado los estudios que han estimado la significación de los síntomas a partir de puntuaciones superiores a 0, ya que nuestro interés es puramente descriptivo, no diagnóstico.

2.2. SPCD: Tipos y prevalencia

Para evaluar la prevalencia de los SPCD se ha tenido en cuenta la revisión sistemática realizada por Qing-Fei et al. (2016) en la que se revisaron 48 artículos y resúmenes de conferencias que encontraron en Pubmed y Embase entre 1964 y 2014. Se incluyeron únicamente trabajos publicados en inglés y con una muestra mínima de 50 personas con demencia. La revisión de Bergh y Selbaek (2012) contempla cuatro estudios basados en la población comunitaria y diez estudios que incluyeron personas hospitalizadas. Los datos del trabajo de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018), son de interés por analizar una muestra de personas mayores institucionalizadas.

Se presenta en la siguiente tabla un resumen de los datos de prevalencia obtenidas por estos trabajos.

Tabla 2: Prevalencia de SPCD según varios autores

| | Bergh y Selbaek (2012) | | | Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018) |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------|--|
| | REVISIÓN GENERAL SIG > 0 | POBLACIONAL SIG > 0 | HOSPITALES SIG > 0 | INSTITUCIÓN SIG > 3 |
| Delirios | 31 | 18,5 | 30,5 | 16 |
| Depresión | 42 | 28 | 48 | |
| Ansiedad | 39 | 22,5 | 41 | 21,9 |
| Agitación- Agresividad | 40 | 27 | 37,5 | 16,2 |
| Irritabilidad- Labilidad | 36 | 25 | 42 | 19,2 |
| Apatía | 49 | 44,5 | 61,5 | 16,6 |
| Conducta Motora Aberrante | 32 | 15 | | 12 |
| Sueño | 39 | | | 17 |
| Trastorno conducta alimentaria | 34 | | | 10,1 |
| Desinhibición | 17 | 11 | 25,5 | 16,1 |
| Alucinaciones | 16 | 12,5 | 15,5 | 5,8 |
| Euforia | 7 | 4 | | 3,7 |
| TOTAL | | 56-88 | 88-98 | 61,9 |

Fuente: Elaboración propia

A nivel general, basándonos en esta tabla, la apatía, la depresión y la agitación parecen ser los síntomas más prevalentes mientras que la euforia y las alucinaciones aparecen en menor medida. Es de destacar que el estudio Bergh y Selbaek (2012), es el que menor prevalencia indica. Tal y como apuntan los autores las personas en comunidad presentan menos SPCD. A nivel institucional la ansiedad y la irritabilidad son las más presentes y la euforia la que menos (Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh, 2018).

En este apartado se describen y se detallan aspectos relevantes y prevalencia de cada uno de los doce síntomas evaluados por la escala NPI, que se definen brevemente en la tabla 3. Autores como Cerejeira, Lagarto y Mukaetova-Ladiska (2012) consideran un desafío definir y diferenciar claramente cada uno de los síntomas, ya que hay que tener en cuenta que muchos de ellos se superponen y que existe en la literatura una carencia de definiciones concisas, adecuadas y consensuadas para su correcto diagnóstico.

Tabla 3. Breve definición de los doce síntomas evaluados por el NPI

| | Definición |
|---------------------------------------|---|
| Ansiedad | Estado de temor, angustia o inquietud en respuesta a una sensación de amenaza |
| Depresión | Sentimientos de tristeza e infelicidad acompañados de disforia y posible pérdida de autoestima |
| Apatía | Pérdida de interés por estímulos o actividades que anteriormente le resultaban placenteros no acompañada de disforia |
| Euforia | Sentimiento sostenido y exagerado de bienestar y alegría desproporcionado a menudo asociado con un tono emocional elevado |
| Irritabilidad y/o labilidad emocional | Cambios emocionales bruscos |
| | ... |

...

| Síntomas | Definición |
|--------------------------------------|--|
| Alucinaciones | Alteración de la percepción |
| Delirios | Creencias falsas firmemente arraigadas, duraderas e irrefutables |
| Agitación y/o agresividad | Actividad verbal o motora inapropiada que |
| Trastorno del sueño | Desórdenes en el ciclo de sueño-vigilia |
| Trastorno de la conducta alimentaria | Desórdenes de la alimentación por exceso o falta de ingesta |
| Desinhibición | Tendencia a ignorar las normas sociales y culturales y no restringir los sentimientos internos, como por ejemplo los impulsos sexuales |
| Conducta motora aberrante | Conducta o necesidad de ejecutar una acción que no persiguen una finalidad concreta |

Fuente: Elaboración propia a partir de las definiciones de Cerejeira, Lagarto y Mukaetova-Ladiska (2012)

2.21. Ansiedad

La ansiedad es un proceso adaptativo que ayuda a nuestro cuerpo a prepararse ante situaciones de amenaza o de riesgo. Este síntoma es multidimensional ya que sus respuestas serán de tipo cognitivo, fisiológico y motor. Por tanto, podrá ir acompañada de sensaciones físicas como sudoración, temblores, taquicardia o sequedad de boca y de síntomas cognitivos como preocupación, sensación de agobio o miedos, entre otros (Cisneros y Ausín, 2018).

La ansiedad pasa a considerarse un trastorno cuando se convierte en desadaptativa, crea malestar a la persona e interfiere negativamente en su vida sin que quien la padece pueda controlarla.

El DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) hace una clasificación de todos los trastornos de ansiedad para facilitar su identificación. En el caso de la ansiedad como SPCD se trataría de un Trastorno de Ansiedad debido a otra enfermedad médica que en este caso sería la demencia, pero lo cierto es que existe controversia sobre este tema ya que muchos autores afirman que en algunos casos los síntomas corresponden a los de un Trastorno de Ansiedad Generalizada que según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) es un temor o preocupación excesiva que está presente durante la mayoría de días en un periodo continuado de seis meses. Otros autores piensan que la ansiedad puede darse cuando la persona es consciente del deterioro psicológico, físico y social que supone la patología o incluso que el Trastorno de Ansiedad es un factor causal, un síntoma prodrómico que puede ser el desencadenante de que una persona con deterioro cognitivo leve desarrolle una demencia tipo Alzheimer (Gallagher et al., 2011; Ramakers et al., 2013; Reyes-Figueroa et al., 2010).

De hecho, los estudios de la prevalencia de la ansiedad en personas mayores muestran resultados muy dispares, debido probablemente a la falta de consenso en la medición, a la población seleccionada e incluso a que es probable que en esta población la ansiedad se manifieste de forma distinta que en la población adulta, que incluso puede llegar a confundirse con otros SPCD (como la agitación psicomotriz o la irritabilidad) y esto todavía no esté contemplado por muchos estudios. Starkstein, Jorge, Petracca y Robinson (2007) encontraron resultados distintos en una misma muestra de personas con demencia utilizando como criterios diagnósticos los publicados en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y los publicados por el DSM-IV-TR (APA, 2000) sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada. Encontraron además que la ansiedad en los pacientes con demencia se asoció significativamente con irritabilidad (contemplada como otro SPCD según el NPI), inquietud, tensión muscular y miedo.

Estas contradicciones hacen que los resultados de las investigaciones acerca de la ansiedad

como SPCD sean muy heterogéneos. Según la revisión de Qing-Fei et al. (2016), el promedio de aparición de síntomas de ansiedad en personas con demencia es de un 39%. Los valores que los estudios encuentran van de 32% a 46% y gracias al meta-análisis que realizan, los autores encuentran que esta variabilidad depende de los métodos de evaluación elegidos por los diferentes estudios. En personas en ámbito comunitario Bergh y Selbaek, 2012 encuentran menor prevalencia, únicamente un 22,5% mientras que en hospitales detectan 30,5% de aparición.

2.2.2. Depresión

La depresión es un trastorno heterogéneo que va desde síntomas leves hasta un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. El trastorno depresivo se clasifica en el DSM-V (APA, 2013) dentro de los trastornos del estado de ánimo. Según este manual, el principal criterio diagnóstico es que la persona debe manifestar un mínimo de cinco síntomas que tienen que ver con la disminución del interés, la pérdida de peso, el insomnio, el sentimiento de inutilidad o ideas de suicidio entre otros, en un período de al menos dos semanas consecutivas. Además, el manual añade que estos síntomas deben afectar a la esfera funcional y social de la persona que los sufre y que no deben poder ser explicados por la ingesta de alguna sustancia, por alguna otra patología o por una enfermedad mental previa (APA, 2013).

Al igual que ocurría con la ansiedad como SPCD, el diagnóstico de la depresión en pacientes con demencia no es el mismo que en pacientes sanos, por lo que se considera que los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2013) no pueden ser siempre aplicables en las personas con demencia. De hecho, la depresión como SPCD y la depresión en personas mayores sin demencia siempre han sido áreas de investigación separadas (Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne, 2012). A la hora de valorar la depresión como SPCD se deben evaluar las manifestaciones psicológicas y conductuales centrales de la depresión, como las lágrimas, la tristeza,

los pensamientos de inutilidad y la desesperanza, las verbalizaciones sobre sentimientos de impotencia, ideas de muerte o ideas de suicidio (Cummings, 1997). Se hablará de síntomas depresivos, y no de trastorno depresivo.

La revisión de Qing-Fei et al., (2016) encontró una media de 42% de personas con demencia que presentaban sintomatología depresiva con un rango de 37% a 46%. En este caso, los autores encontraron que la variabilidad entre los estudios se debía a la edad de la muestra. Bergh y Selbaek (2012) la detectan el 28% de las personas que viven en comunidad y en 48% de las personas en atención hospitalaria. El trabajo de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh en 2018 en instituciones consideran que la sintomatología depresiva es el SPCD más frecuente.

Todo esto concuerda con los primeros trabajos de Lyketsos et al. (2002) quien afirmó que los síntomas depresivos podían llegar a afectar a un 50% de las personas con Alzheimer. El autor, considerando el trastorno depresivo menor, expuso que hasta el 35% de las personas mayores institucionalizadas en residencias podían padecer estos síntomas. Los miembros de la Sociedad Británica de Geriatria y la Facultad de Psiquiatria del Royal College afirman que cuatro de cada diez personas mayores que viven en residencias están deprimidos y han creado un proyecto que muestra que el abordaje multidisciplinar es el más adecuado en ese ámbito (Cooke, O'Hanlon, Mukherjee, Nee y Thompell, 2017). Los autores de este proyecto subrayan la importancia de la atención integral y centrada en la persona descrito en el capítulo anterior y de la participación de profesionales y familiares, es decir del entorno social más próximo de los residentes.

Es un tema especialmente relevante teniendo en cuenta que puede hacer aumentar el uso de psicofármacos en esta población, el consecuente aumento de patologías iatrogénicas y el incremento de la tasa de ideas de suicidio y mortalidad asociadas a la sintomatología depresiva (Lemos y Velez, 2015; Ortega, Ramón, Sánchez, Verdú y Vidal, 2017).

2.2.3. Apatía

Marin (1991) define la apatía como síntoma y síndrome neuropsiquiátrico a diferenciar de la depresión. Según este autor, la apatía como síndrome se corresponde con una pérdida motivacional primaria que no es atribuible a la angustia emocional, el deterioro intelectual o la disminución del nivel de consciencia. La apatía como síntoma, sin embargo, es la pérdida de motivación debida a un deterioro cognitivo, emocional o de consciencia. Esta alteración conductual toma especial relevancia en personas con demencia ya que la mayoría de estudios lo consideran el SPCD más prevalente (García-Alberca, Lara y Berthier, 2010; Qing-Fei et al, 2016; Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne, 2012). En ocasiones puede confundirse con la depresión porque ambos síntomas pueden manifestarse como disminución del interés, desaceleración y falta de energía, es decir, como una pérdida de la motivación, pero en el caso de la apatía, esta falta de motivación no va acompañada de disforia como en el caso de la depresión (Cerejeira, Lagarto y Mukaetova-Ladiska, 2012).

Van der Linde et al. (2016) revisaron 59 estudios longitudinales que indicaban la prevalencia inicial, la persistencia y la incidencia de los SPCD en el transcurso de la demencia. Marcaron como criterios de inclusión que los trabajos fueran estudios longitudinales (con un seguimiento mínimo de tres meses), que los participantes tuvieran una edad mínima de 65 años y que tuvieran diagnóstico de demencia o presentaran deterioro cognitivo. Los autores encontraron que la apatía fue el único síntoma que siendo el más prevalente al inicio de la enfermedad, se mantiene muy presente durante todo el transcurso de la misma. Cada día más autores afirman también que existe apatía en fases previas a la demencia (Spalletta et al., 2010).

La revisión de Qing-Fei et al., (2016) obtiene que una media de 49% personas que tienen demencia pierden el interés por las costumbres o actividades que antes les resultaban placenteras con valores que van del 41% a 57%. El trabajo de Bergh y Selbaek (2012) detectan apatía en un 44,5% en personas que viven en ámbito comunitario y en un 61,5% en personas en atención hospitalaria. Otros trabajos encuentran un 19-92% de los pacientes con apatía (Cipriani, Lucetti, Danti y Nuti, 2014), por lo que, según la literatura, la apatía es uno de los SPCD más

presente en personas con demencia. La variación en los resultados encontrados en su revisión se explica por el método de evaluación, el nivel de educación y la duración de la enfermedad (Qing-Fei et al., 2016). Por ello, según esta revisión, un menor nivel educativo se relaciona con un mayor riesgo de presentar apatía en el transcurso de la demencia y cuanto más tiempo dure la demencia y avance el deterioro, los niveles de apatía son también mayores. Otra cuestión importante es el método de evaluación, ya que existe una amplia variedad de instrumentos de medida que podrían explicar la inconsistencia entre los diferentes trabajos.

Además, la presencia de apatía dificulta que la persona se interese o integre en su rutina o participe en actividades o terapias terapéuticas, por lo que muchos autores afirman que la presencia de apatía es pronóstico de empeoramiento funcional, cognitivo y emocional (Brodaty y Burns, 2012; López-Dóriga y Andrino, 2016).

2.2.4. Euforia

La euforia se define como una sensación de optimismo o de alegría extrema exteriorizada. Según la literatura, la euforia es el SPCD que menor prevalencia tiene entre personas con demencia o deterioro cognitivo. La media es de un 7% de personas en las que se presenta con un rango entre el 5% y 9% (Qing-Fei et al., 2016). Bergh y Selbaek (2012) detectaron euforia en el 4% de la población que vive en ámbito comunitario. En estudios españoles la media encontrada era incluso menor (3%, según García-Alberca, Lara y Berthier, 2010). Esta variabilidad, según los autores se debe a la edad de la muestra analizada y a la configuración del estudio (Qing-Fei et al., 2016).

2.2.5. Irritabilidad o Labilidad emocional

La labilidad emocional o irritabilidad que contempla el NPI es un cambio en el estado de ánimo que se detecta por fluctuaciones o cambios de ánimo bruscos. La irritabilidad es una

cierta propensión a la ira y al enfado (Stringaris y Taylor, 2015). Ha estado presente en las distintas versiones del DSM como un trastorno psiquiátrico, junto a la falta de concentración y la inquietud. Los términos irritabilidad, ira y agresividad en muchas ocasiones se confunden, lo que puede llevar una vez más a un error en la evaluación de este SPCD. La irritabilidad es un estado de ánimo y la ira es su emoción definitoria. Cuando la ira entra en la consciencia de la persona, hablamos de sentimiento, y cuando es observable por otros, como los clínicos, la ira se describe como un efecto (Vidal-Ribas, Brotman, Valdivieso, Leibenluft y Stringaris, 2016). Al ser la irritabilidad un desencadenante de agresiones es especialmente relevante poder detectarla a tiempo.

La prevalencia varía de un estudio a otro. Según los autores, la heterogeneidad se debe a los parámetros del estudio, a la edad de la muestra y al estadio de la enfermedad. La media es de 36%, con un rango que va de 31% a 41% (Qing-Fei et al., 2016). Bergh y Selbaek (2012), encuentran irritabilidad en un 25% de personas que viven en comunidad y en un 42% de personas que acuden a atención hospitalaria. Según el trabajo de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018), en ámbito residencial es una de las más prevalentes

2.2.6. Alucinaciones

Enmarcadas dentro de los síntomas psicóticos de la demencia, las alucinaciones corresponden a una alteración perceptiva. Se trata de una percepción errónea, en ausencia de estímulos externos, pero la persona que lo percibe tiene convicción total de que es real (Boksa, 2009).

Las alucinaciones en demencia más típicas son las visuales, seguidas de las auditivas, olfatorias y táctiles. Pese a ser menos frecuentes, también existen percepciones erróneas del gusto.

Se encuentra que un 16% de las personas que tienen demencia han tenido episodios de alucinación (Qing-Fei et al., 2016). El rango que encuentran los autores para este SPCD es pequeño (13% a 18%) pero aún así la literatura indica que en muchos casos la presencia de alucinaciones

dependerá del tipo de demencia. Por ejemplo, estas falsas percepciones están más presentes en la demencia por Cuerpos de Lewy (Mouriz, Ponte, Tuñas, Dosil y Facal, 2019; Toro, 2010). Bergh y Selbaek (2012) la encuentran en un 12,5% de personas que viven en ámbito comunitario y en un 15,5% de personas que acuden a atención hospitalaria. El trabajo de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018) en ámbito residencial la considera una de las menos frecuentes junto con la euforia.

Las alucinaciones pueden también aparecer como consecuencia de la administración de ciertos fármacos. Por ejemplo, cualquier medicamento antiparkinsoniano puede producirlas, pero se da más con dosis altas de levodopa administradas durante un periodo largo (Herrera, 2010). Este tipo de síntoma puede crear un enorme malestar a la persona o puede que no ya que al vivirlo como algo real puede que lo normalicen. En la persona mayor las alucinaciones pueden tener un origen orgánico y ser un síntoma que indica presencia de algún tipo de infección por lo que aunque no causen malestar a la persona es imprescindible que sea valorado lo antes posible por profesionales sanitarios (Caupena, Sánchez, Severino, Santamaría y Cejudo, 2015).

2.2.7. Delirios

Pertenecen a los síntomas psicóticos, como las alucinaciones, pero en este caso y según los criterios incluidos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se trata de falsas creencias o alteraciones del pensamiento persistentes en el tiempo y basadas en inferencias incorrectas sobre una realidad externa, que son sostenidas firmemente a pesar de que existan pruebas obvias de lo contrario, o no sea compartida por individuos de la misma cultura (Cipriani, Danti, Vedovello, Nuti y Luceti, 2014; Corlett, Taylor, Wang, Fletcher, y Krystal, 2010). El delirio es un síntoma común de una variedad de enfermedades que incluyen esquizofrenia, demencia, depresión, tumores cerebrales o trastorno bipolar entre otras. Ha sido un síntoma especialmente complicado de estudiar ya que al afectar al pensamiento y no a la conducta su estudio en animales resulta prácticamente inviable (Cipriani, Danti, Vedovello, Nuti y Luceti, 2014).

Es importante distinguir el término delirium que se utiliza para denominar al proceso agudo que caracteriza al síndrome confusional (CIE-10), y el término delirio que es el que se describe en este apartado y corresponde a la alteración psiquiátrica en la que la persona posee una creencia que es errónea pero él percibe como totalmente cierta (CIE-10). Esto puede crear confusión en la práctica clínica y dar lugar a una variabilidad en las prevalencias que encontremos de este SPCD (Organización Mundial de la Salud, 1992 y Pinzón, 2016).

La revisión de Qing-Fei et al. (2016) encuentra una media de un 31% con unas puntuaciones que varían del 27% al 35% según los autores debido al origen de la población, edad y duración de la alteración, encontrando mayor prevalencia en estudios con media de edad más joven. Por ejemplo, en estudios con una media de edad menor a los 75 años, la prevalencia oscila entre el 24% y el 40%, mientras que en estudios en los que la media de la edad de la muestra supera los 75 años la prevalencia varía entre un 9% y un 22%. Bergh y Selbaek (2012), detectan delirio en un 18,5% de personas que viven en ámbito comunitario y en un 30,5% de personas que acuden a atención hospitalaria. Llama la atención esta gran diferencia entre estos dos ámbitos, lo que podría deberse a que los delirios surgen a veces a causa de procesos agudos o infecciones (Marco et al., 2019), y por ello son muy prevalentes en atención hospitalaria.

Los delirios más frecuentes son los de persecución, robo y perjuicio (Gauthier et al., 2010 y Tran, Bedard, Dubois, Weaver y Molloy, 2013) y varios autores afirman que se da más en la demencia por Cuerpos de Lewy y en la enfermedad de Parkinson (Whitfield, Francis, Ballard y Williams, 2018) que en otras demencias.

2.2.8. Agitación y/o agresividad

Este tipo de SPCD es especialmente relevante ya que puede ser causante de daños físicos y morales a la persona que sufre la enfermedad y a su cuidador. La agitación se define como una actividad motora o verbal excesiva. Es un estado de excitación o nerviosismo que puede tradu-

cirse en movimientos bruscos, inquietud o respiración acelerada. Cohen-Mansfield, Marx y Rosenthal (1989), definen 3 tipos de agitación: 1. Comportamiento agresivo (agresión física y/o verbal contra los demás o autoagresiones); 2. Comportamiento físico no agresivo (inquietud o movimientos repetitivos bruscos) y 3. Comportamiento verbal agitado (como por ejemplo, quejas o lamentos pero que no van dirigidas a nadie). Además, los autores afirman que según el tipo de agitación que presente la persona, el manejo deberá ser distinto.

En el caso de la agitación la prevalencia es del 40% de las personas que cursan con demencia o deterioro cognitivo (rango del 33% a 46%). La edad de la muestra y la patología son las principales causas de la heterogeneidad de resultados según los autores de la revisión (Qing-Fei et al., 2016). Bergh y Selbaek (2012) la encuentran en un 27% de personas que viven en ámbito comunitario y en un 37,5% de personas que acuden a atención hospitalaria.

Algunos autores afirman que el tipo de demencia influye en la presencia o no de agitación (Wetzels, Zuidema, de Jonghe, Verhey y Koopmans, 2010). Además, en muchos estudios la deambulación se ha considerado un tipo de agitación, mientras que para otros autores la deambulación errática es un tipo de conducta motora aberrante, por lo que los criterios de evaluación también influye en los resultados encontrados.

En personas institucionalizadas la prevalencia que encuentran algunos estudios es mayor. Esto puede deberse a que en muchos casos el exceso de estimulación (ruido, personas desconocidas o trabajadores entre otros) podría desencadenar episodios de agitación (Cerejeira, Lagarto y Mukaetova-Ladinska, 2012; Mitty y Flores, 2007). Existen estudios que afirman que hasta un 93% de las personas institucionalizadas pueden llegar a presentar semanalmente agitación (Cohen-Mansfield, Marx y Rosenthal, 1989).

Esta cifra tan elevada puede deberse a que, tal y como se ha esquematizado en la figura 2, la agitación actúa como eje central de otros SPCD, es decir, en ocasiones puede ser la manifestación de otros síntomas específicos. Por ejemplo, una persona que presente labilidad es posible que manifieste signos de agitación (Tao et al., 2018). Incluso existen trabajos que han demos-

trado que la agitación era un síntoma de un proceso de depresión ya que ésta ha disminuido al tratar a la persona con un antidepresivo como el citalopram (Tao et al., 2018).

De hecho, Voyer et al. (2005) encontraron que en las residencias la prevalencia de la agitación puede variar entre el 7% y el 91%. Esta excesiva heterogeneidad podría deberse a los factores ambientales del centro residencial, número de residentes, número de trabajadores, espacios, música ambiente o modelo de atención, entre otros aspectos que pueden ser los causantes de paliar o fomentar estos síntomas como veremos posteriormente.

En general, lo que se constata es que los comportamientos de agitación se consideran frecuentes, y debido a lo disruptivos que pueden llegar a ser, son una de las principales causas de institucionalización y de medicalización por lo que se considera uno de los síntomas que mayor repercusión tiene en los costes de la enfermedad y en la calidad de vida de la persona con demencia (Morris et al., 2015), además de ser uno de los SPCD que más carga física y emocional supone para los cuidadores (Arroyo-Anlló, Torres y Castañeda, 2001).

2.2.9. Trastorno del sueño

El trastorno del sueño es un desorden en el ciclo de sueño-vigilia. Este ciclo es el principal responsable de la regulación o de la homeostasis de nuestro organismo, y se considera totalmente necesario para un correcto mantenimiento de las funciones cognitivas y fisiológicas básicas. Es un ritmo circadiano relacionado con la luz (Musiek, Xiong y Holzman, 2015).

Este trastorno es muy común en las personas mayores y suele ser una de las principales causas de que la persona empiece a consumir psicofármacos (Echávarri y Erro, 2007), por lo que es uno de los responsables de encarecer los costos de la enfermedad. Normalmente, los cambios en el sueño que acontecen en la población mayor son un aumento del tiempo de latencia, un mayor número de despertares nocturnos, una fase REM menos duradera o una somnolencia diurna excesiva (Custodio, 2017).

La prevalencia de este síntoma es del 39% con puntuaciones que oscilaban entre el 32% al 46% (Qing-Fei et al., 2016). Algunos autores afirman que la prevalencia de este SPCD aumenta en personas institucionalizadas y que en esos casos puede incluso afectar al 70% de las personas (Ooms y Ju, 2016), lo cual puede deberse a las rondas que hacen los auxiliares por la noche en las que encienden la luz y les despiertan una o dos veces durante la noche. La variabilidad también depende del tipo de demencia, hay autores que afirman que en la enfermedad por cuerpos de Lewy este SPCD se da especialmente (Cipriani, Lucetti, Danti y Nuti, 2015). El trastorno del sueño también puede variar según el transcurso de la demencia. Varios estudios afirman que se puede presentar en estadios muy tempranos de la enfermedad, que se podría incrementar en fases moderadas pero que sin embargo puede ser menos prevalente en fases más graves, lo que algunos autores denominan progresión en forma de U invertida (Custodio, 2017; Bombois, Derambure, Pasquier y Monaca, 2010).

2.2.10. Trastorno de la conducta

Se considera que hay un trastorno de conducta alimentaria cuando hay una modificación significativa de los alimentos ingeridos por la persona. Este cambio puede ser cuantitativo si la persona ingiere mayor o menor cantidad de alimento de la que debería como ocurre, por ejemplo, en casos de hiperfagia, o puede ser cualitativo si existe un cambio muy brusco en el tipo de alimentos que consume y comienza a tener carencia de algún tipo de nutrientes.

Este SPCD está presente en un 34% de personas con demencia (rango del 27% a 41%) y esta variabilidad puede depender de la fase de la demencia (Qing-Fei et al., 2016) y hay autores que afirman que se da más en fases graves de la patología (Cipriani, Carlesi, Lucetti, Danti y Nuti, 2016).

2.211. Desinhibición

La inhibición es un proceso funcional activo, gracias al cual somos capaces de suspender o disminuir una determinada respuesta. En la esfera conductual la inhibición, así como la timidez, tienen una base genética y de aprendizaje que hace que las personas nos amoldemos a unos estándares marcados por la sociedad, con sus limitaciones y sus prohibiciones. A nivel cognitivo, las inhibiciones intervienen en el proceso de la atención voluntaria, es decir, facilitan las asociaciones de ideas y en la esfera afectiva y psicomotriz, las inhibiciones nos permiten controlar los instintos y la impulsividad (Guimón, 2004).

Los trastornos cerebrales orgánicos, el consumo de sustancias, la psicosis o ciertas situaciones estresantes pueden producir lo que llamamos desinhibición, que se define como una pérdida de pudor o tendencia a responder impulsivamente ante las situaciones.

Lo cierto es que existen pocos estudios que se hayan centrado en este SPCD. La literatura encuentra que tiene poca prevalencia entre las personas con demencia. Aproximadamente un 17% la sufren con variaciones entre un 12% y un 21% (Qing-Fei et al., 2016). Existen estudios que afirman que el tipo de demencia influye en este síntoma concreto, de hecho, es algo ya muy extendido que en las demencias frontotemporales existen más casos de personas que presentan desinhibición y euforia que en la enfermedad de Alzheimer (Ramírez, Velilla, Quiroz, Lopera y Giraldo, 2016).

2.212. Conducta motora aberrante

Con este término se denomina a las conductas que no tienen una finalidad clara (Cipriani, Lucetti, Nuti y Danti, 2014). La más común y conocida de ellas es la deambulación errática, aunque también pueden considerarse las preguntas o movimientos repetitivos.

La deambulación errática se define es la tendencia a caminar sin un rumbo determinado y con

una meta no alcanzable (Hope y Fairburn, 1990)

Se han definido varios tipos de deambulaci3n errática: 1. Deambulaci3n directa; 2. Deambulaci3n aleatoria; 3. Deambulaci3n siguiendo un circuito; y 4. Deambulaci3n entre dos puntos hacia atrás y hacia delante (Algase, 1999).

Este tipo de conducta no tiene por qué generar malestar a la persona, si bien requiere de un buen control estimular para evitar que la persona corra peligro, como tener la zona controlada (sin excesivos escalones por los riesgos de caídas o con un cierto control para que la persona no se pierda) . Sin embargo, en personas que se encuentran en el hogar, debido al escapismo y al control que deben tener sobre ellos sus cuidadores es una conducta que causa mucho estrés a las personas de su entorno y puede llevar al uso de medicaci3n y a la institucionalizaci3n (Cipriani, Lucetti, Nuti y Danti, 2014).

En cuanto a la prevalencia, es una conducta que se da bastante, hasta un 32% de personas con demencia la presentan con un rango de entre 25% y 38%. En este caso la variabilidad se debe a la duraci3n de la enfermedad ya que tiende a darse más en personas con mayor deterioro cognitivo y a los parámetros elegidos por el estudio ya que como se ha comentado, algunos tipos de conducta motora aberrante pueden ser valoradas como agitaci3n motriz no agresiva (Qing-Fei et al., 2016).

En una meta-revisi3n de Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne (2012), con resultados de 36 revisiones extraídas de Embase y Medline, se seleccionaron estudios realizados con poblaci3n con diagnóstico de demencia, con deterioro cognitivo y sin deterioro cognitivo, ya que como veremos más adelante, y a diferencia de la revisi3n de Qing-Fei et al. (2016), el trabajo de bergh y Selbaek (2012) y el de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018), la revisi3n de Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne (2012), introdujo la idea de que estos síntomas también se dan en poblaci3n mayor cognitivamente sana, y deben tenerse en cuenta. Este trabajo encuentra mayor prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad e irritabilidad seguidos por apatía y agitaci3n.

Según Fauth y Gibbons (2014), las más frecuentes fueron apatía, depresión y agitación. Y añaden que las más intensas según los resultados del NPI fueron el apetito, los comportamientos motores y la apatía, y las más angustiosas fueron las delusiones, la agitación y la irritabilidad.

A nivel general, estos síntomas son muy prevalentes y pueden afectar entre un 60% y un 90% de las personas con demencia durante todo el transcurso de la enfermedad (Fort et al., 2010; Lyketsos et al., 2002)

Además, la revisión de Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne (2012), así como muchos otros trabajos, afirman que el recurso asistencial también era un factor a tener en cuenta ya que las personas hospitalizadas presentan mayor prevalencia de SPCD que las personas que viven en sus hogares. Hasta un 78% de las personas institucionalizadas por requerir cuidados de larga duración podían llegar a presentar uno o más de estos síntomas durante el transcurso de su enfermedad.

Son resultados muy similares a los que encuentran Azón et al., (2016) en un reciente estudio realizado en España con personas institucionalizadas en el que concluyen que 72,6% de los casos de personas con demencia presentan algún SPCD. Según la revisión de Van der Linde et al. (2016), los SPCD en pacientes de entornos psiquiátricos tienen mayor prevalencia que los pacientes de instituciones geriátricas o personas no institucionalizadas. Por ejemplo, la depresión en entorno psiquiátrico tendría una prevalencia en torno a un 20-57%, en población institucionalizada un 8-20%, y en población no institucionalizada un 22%. Más concretamente, Veragiat et al., (2016) afirman que en pacientes psiquiátricos los síntomas más comunes son el trastorno del sueño (54,8%), la sintomatología depresiva (51,9%) y la ansiedad (48,1%).

Por tanto, algunos autores concluyen que la prevalencia de estos síntomas varía según la patología, e incluso en un mismo tipo de demencia pueden variar según el estadio en el que se encuentra la enfermedad. Entre un 70% y un 90% de las personas con demencia moderada o severa van a presentar este tipo de conductas a lo largo de su enfermedad, mientras que en

personas con deterioro cognitivo leve será del 35 y el 85% (Brodaty, Connors, Xu, Woodward y Ames, 2015; Davis, Buckwalter y Burgio, 1997; Dillon et al, 2013; Steinberg et al., 2008; Tanaka et al, 2015; Wetzels, Zuidema, de Jonghe, Verhey y Koopmans, 2010; Zahodne, Ornstein, Cosentino, Devanand y Stern, 2015). Spalletta et al., (2010) afirman que el aumento del deterioro cognitivo en personas con enfermedad de Alzheimer se relaciona con un aumento de los síntomas psicológicos y conductuales excepto en el caso de los síntomas afectivos (ansiedad o depresión por ejemplo), por lo que los autores infieren que es importante valorar los síntomas neuropsiquiátricos que presentan las personas con diagnóstico de demencia para poder enfocar las estrategias de cuidados a las problemáticas que puedan desarrollar. Además, señalan que se debe tener en cuenta que es muy probable que síntomas como los delirios, la apatía, la agitación o la irritabilidad aumenten durante el transcurso de la enfermedad mientras que síntomas como la depresión serán más característicos de las fases prodrómicas y tempranas de la patología.

En este sentido, existe consenso sobre que en fases moderadas la prevalencia de SPCD será mayor pero ya hay muchos autores que afirman que en fase muy avanzada o grave de la enfermedad esta prevalencia vuelve a disminuir. En la revisión de Van der Linde et al. (2016), los estudios que incluyeron población con demencia moderada mostraron una prevalencia inicial más alta que los estudios que únicamente incluyeron a personas con demencia grave. Aún así, los estudios que incluyan a población en fase grave o terminal de la enfermedad son escasos.

A nivel general, cada día más estudios nos dan una visión aproximada de la prevalencia de estos síntomas en los pacientes con demencia. Si bien es cierto que esta prevalencia es muy variable de un estudio a otro, las numerosas revisiones realizadas sobre el tema llegan a la conclusión común de que la prevalencia global de los SPCD es muy elevada y afecta a entre un 50-90% de los pacientes con demencia (Masters, Morris y Roe, 2015; Mega, Cummings, Fiorello y Gornbein, 1996; Steele, Rovner, Chase y Folstein, 1996). La mayoría de autores afirma que la apatía es el síntoma más prevalente (Cipriani, Lucetti, Danti y Nuti, 2014; García-Alberca, Lara y Berthier, 2010).

Por ello, muchos estudios concluyen que la apatía debería estudiarse más y tenerse más en cuenta dada su prevalencia y correlación con un mayor deterioro funcional y una carga emocional importante para su entorno (López-Dóriga y Andrino, 2016). Un estudio en el que se entrevistó a los cuidadores profesionales de una residencia de personas mayores sobre estos síntomas en el ámbito residencial, encontró que, dada la elevada prevalencia de la apatía, este SPCD llega a normalizarse lo cual es importante y debe señalarse ya que afecta muy negativamente a las personas que lo sufren (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017)

Tal y como ya se ha señalado, esta heterogeneidad de resultados se debe a que los estudios contemplan distintos parámetros y distintas variables como por ejemplo diferencias en la muestra (su edad, tipología de demencia, estadio en el que se encuentra su patología, procedencia de la muestra, tipo de cuidados recibidos, cultura o nivel de educación entre otros) o la variedad de instrumentos de medida, ya que pese a utilizarse mayoritariamente el NPI como instrumento, existen algunos trabajos que utilizan otros instrumentos que aumenta la variabilidad en los resultados (Qing-Fei et al., 2016; Van der Linde et al., 2016).

Durante décadas no se ha brindado la importancia que merecen estos síntomas (Lanctôt et al., 2017), prueba de ello es la tardía fecha en la que se comienza a hablar de ellos, teniendo en cuenta la cantidad de personas a las que afectan.

2.3. Impacto de los SPCD

Tras hablar de la prevalencia es importante señalar también el impacto que van a tener los SPCD y las esferas en las que tendrán mayor repercusión.

Por las definiciones que se han dado en el apartado anterior, se infiere que van a suponer un importante cambio para la persona y su entorno, pero pasamos a desarrollar lo que la literatura y los estudios han encontrado al respecto.

Muchos de ellos, como ya se ha expuesto, se relacionan con una pérdida de la funcionalidad de la persona, por lo que los SPCD influirán negativamente en la autonomía, independencia, bienestar y calidad de vida de la persona que los sufra (Garre-Olmo et al., 2010; Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015; Steinberg et al, 2014). Tran, Bedard, Dubois, Weaver y Molloy (2013), analizaron cómo podían influir los síntomas psicóticos en la funcionalidad de las personas, es decir, de qué manera repercutían en sus actividades de la vida diaria. La muestra la componían 234 personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Los autores concluyeron que un 35% de las personas del estudio presentaban delirios y que éstas presentaban una mayor dificultad ante las actividades básicas de la vida diaria que el resto de la muestra.

La agitación también se ha relacionado con una mayor progresión de la demencia, mayor deterioro cognitivo, empeoramiento de la funcionalidad y por tanto agravamiento de la dependencia (Bidzan, Bidzan y Pachalska, 2012 y Peters et al., 2015). Este tipo de estudios resaltan que los SPCD son la principal causa de pérdida de autonomía de las personas con deterioro

cognitivo, aceleran la progresión de la patología y acentúan el empeoramiento funcional del paciente (Garre-Olmo et al., 2010; Lyketsos et al., 2011; Ropacki y Jeste, 2005), lo que influye en que requieran atención profesional.

Además, suponen una sobrecarga para los cuidadores en el hogar. Conductas como la agresividad, la irritabilidad o la depresión, entre otros, son síntomas que aumentan la carga física y emocional que ya supone cuidar a una persona con demencia. En una revisión realizada por Ropacki y Jeste (2005), se encontró asociación entre los síntomas psicóticos y la ansiedad del cuidador. Por este motivo, muchos autores los consideran un predictor o una de las principales causas de aumento en la necesidad y uso de recursos o servicios sociales y una institucionalización más temprana (Abraha et al., 2017; Brodaty, Connors, Xu, Woodward y Ames, 2015; Eustace et al., 2002; Dillon et al., 2013; Ismail et al., 2016; Rabinowitz, Mausbach y Gallagher-Thompson, 2009).

De hecho, en ámbito hospitalario y residencial también suponen una mayor sobrecarga para los cuidadores, aunque se trate de profesionales (Garre-Olmo et al., 2010; Lyketsos et al., 2011; Steinberg et al., 2014), siendo los principales responsables del síndrome de sobrecarga del cuidador (Losada, Montorio, Izal y Marquez, 2006; Song y Oh, 2015). Además, se ha relacionado con complicaciones en la atención, mayor tiempo de estancia, insatisfacción con el cuidado y estrés de cuidadores profesionales (Garre-Olmo et al., 2000; Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015; McConnell y Karel, 2016; Zuidema, Koopmans y Verhey, 2007). Incluso algunos estudios concluyen que aumentan la sintomatología depresiva de los cuidadores, pero los resultados sobre esto son inconsistentes (Van der Linde, Stephan, Savva, Denning y Brayne, 2012).

Además, ya existen trabajos que afirman que algunos de estos síntomas pueden hacer que el entorno familiar de la persona acuda un menor número de veces a visitarle, lo que repercute severamente en su bienestar emocional (Voyer et al., 2005). Cabe resaltar también la complejidad de estos síntomas y que actualmente representan el 50% de los problemas que llegan a las consultas médicas sobre demencia. En ámbito institucional esta cifra se agrava hasta el 90% (Guerra-Hernández, 2008). Por lo que, van a afectar a las políticas y presupuestos públicos

ya que van a influir en la prescripción y uso de los servicios (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015; Van der Linde, Stephan, Savva, Denning y Brayne, 2012). Este dato nos lleva a pensar también en los costos directos e indirectos que supone la enfermedad. Sin duda, la carga a cuidadores mencionada influye también en el absentismo laboral y en los costos del cuidado (Voyer et al., 2005). Por tanto, actualmente, los SPCD representan uno de los aspectos más complejos, estresantes y costosos para las personas que se encargan del cuidado de una persona con demencia (sean o no profesionales) (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015). Asimismo, estas conductas al ser tan disruptivas frecuentemente son una de las causas de que se apliquen restricciones físicas y farmacológicas, lo que además de repercutir en el estado funcional de la persona como veremos en el siguiente capítulo, y también afectan a los costos de la demencia. De hecho, un trabajo de Robles et al., (2012) concluyó que una mayor puntuación en el NPI se relacionaba directamente con una mayor puntuación en la escala de deterioro cognitivo Global Deterioration Scale (GDS), un incremento en el uso de antipsicóticos, de inhibidores de la colinesterasa y de memantina.

2.4. La complejidad de las causas de SPCD

El término síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia puede llevar a pensar en la enfermedad como principal y única causa de estas alteraciones en la conducta.

Uno de los primeros autores que se interesó por la etiología de los SPCD fue Tom Kitwood, quien partiendo del modelo de ACP descrito en el capítulo anterior, propuso el concepto de “psicología social maligna” (Kitwood, 2002). Este concepto hace referencia a la atención tradicional biomédica que, centrando sus objetivos en la esfera médica y física del paciente, deja de lado las necesidades psicosociales de la persona y puede llegar (sin ser conscientes de ello) a deshumanizar a la persona con demencia. Al contemplar a la persona como sujeto pasivo y receptor de atención y cuidados se dejan de lado los deseos, opiniones y características personales que le hacen único, mermando su bienestar emocional e incrementando su sentimiento de inutilidad. Según los autores que apoyan esta teoría, los SPCD serían la manera que tienen las personas con demencia de expresar ese malestar al percibir que sus derechos y necesidades psicosociales no están cubiertos (Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali, Marx, Thein y Regier, 2015; Martínez, 2016).

Kitwood (1997a) definió “necesidad” como aquello sin lo cual un ser humano no puede funcionar, incluso mínimamente, como persona. Y definió cinco necesidades psicosociales esenciales ya mencionadas en el capítulo anterior: 1. Confort, que corresponde a la calidez, proximidad e interés que se les muestra a las personas con las que tratamos; 2. Identidad, que

significa recordarles quienes son, sus gustos, sus defectos y también sus virtudes; 3. Apego, que abarca la esfera social, los vínculos y las relaciones personales; 4. Ocupación, que implica que la persona se sienta útil, activa y necesaria y 5. Inclusión, que conlleva la integración en su familia o en su comunidad para prevenir sentimientos de soledad o aislamiento (Brooker y Surr, 2005).

Por tanto, este modelo sugiere que es necesario tener en cuenta estas necesidades (y no solo las biológicas) para cuidar y acompañar correctamente a la persona mayor con demencia y evitar la aparición de SPCD. Este modelo, que en la Universidad de Bradford denominaron el Modelo enriquecido de la demencia o Modelo de necesidades no cubiertas (Kitwood, 1992, 1993, 1997a, 1997b) explicaría el hecho de que en el ámbito institucional los SPCD fueran más prevalentes ya que las prácticas asistenciales, basadas en el modelo biomédico tradicional, descuidarían estas necesidades. Según este modelo, la persona con demencia utiliza sus conductas como forma de comunicación (Smith y Buckwalter, 2005), es decir, que la persona se expresa a través de sus comportamientos. Por tanto, una persona que manifiesta una conducta agresiva o un lenguaje ofensivo podría estar transmitiendo que algo de su entorno le está produciendo discomfort, como por ejemplo una temperatura elevada o un ruido ambiental exagerado. Una persona que tira la ropa al suelo, se mece de un lado a otro o deambula sin buscar una meta concreta, podría estar intentando autoestimularse y permanecer psicológicamente activa en un ambiente que no le proporciona la ocupación o la inclusión adecuadas. Este modelo sostiene que los SPCD típicamente caracterizados como “disruptivos” pueden entenderse como la expresión de una necesidad y por tanto, una respuesta adecuada a este comportamiento puede acabar con la necesidad y mejorar la calidad de vida de la persona. Según este modelo, las personas con demencia tienen cuatro factores de fondo que no son susceptibles de ser modificados, y son:

1. El daño neurológico (por ejemplo, el tipo de demencia que padece o el área de cerebro afectada).
2. La historia de vida.

3. El estado de salud (si siente dolor, si es una persona activa o si padece hipoacusia por ejemplo).

4. La personalidad.

Por otro lado, están los factores proximales que son las necesidades no satisfechas o no cubiertas, las cuales pueden abordarse y por tanto, serán la base del diseño de la intervención individualizada (Mitty y Flores, 2007):

1. Necesidades psicosociales no satisfechas ya definidas.

2. Necesidad fisiológica no satisfecha (por ejemplo, el dolor o sed).

3. Características ambientales inadecuadas (ruido o temperatura inadecuada).

4. Entornos sociales poco atractivos (por ejemplo, personas desconocidas o que le tratan de manera inadecuada) .

Se han diseñado varios estudios que ponen de manifiesto la efectividad de este modelo.

Uno de los primeros fue el proyecto Simple Pleasures (Buettner, 1999), que buscó demostrar que realizar actividades apropiadas podría reducir alteraciones como la agitación o la deambulación que son tan prevalentes en ámbito institucional. La hipótesis del proyecto fue que estos SPCD son la manifestación de una necesidad insatisfecha. Es decir, son un comportamiento creado por el residente para aliviar su sentimiento de desocupación o la inactividad de su ambiente. Como intervención, aumentaron el número de visitas tanto de familiares como de voluntarios, dando lugar además a espacios de interacción y de actividades participativas e inclusivas. Los resultados demostraron que la agitación, la deambulación y la apatía disminuyeron significativamente.

Siguiendo esta línea, según un estudio reciente de García-Soler, Díaz-Veiga, Eulate, Mondragón, y Sancho (2017), la apatía y la desconexión con el ambiente podrían deberse a la falta de estímulos y actividades estimulantes de los centros residenciales. Basándose en el modelo de

atención centrada en la persona diseñaron una intervención con dos grupos, uno experimental y uno control. Tras dieciocho meses de trabajo e intervenciones centradas en la persona en el grupo experimental, observaron que mostraban mayor implicación que el grupo control.

Otro modelo que pretende esclarecer las causas de estas conductas es el Modelo del descenso del umbral del Estrés. Este modelo postula que el umbral de estrés de una persona se establece durante toda su vida y se estabiliza cuando llegamos a la edad adulta. Conforme avanza la demencia ese umbral se va reduciendo y los factores estresantes que antes soportaban (como dolor, enfermedad, un cuidado inadecuado o un ambiente inadecuado) provocan una ansiedad y un estrés que la persona no es capaz de controlar. Según esta teoría, los ambientes en los que se encuentran las personas con deterioro cognitivo deben amoldarse a ellas y facilitarles su comprensión. El objetivo del modelo es que los cuidadores comprendan que el comportamiento es una reacción de estrés a un medio, para así poder evaluarlo y modificar lo que vean pertinente.

Factores como la personalidad también han sido objeto de estudio para intentar dar sentido a los SPCD. Pocnet, Rossier, Antonietti y Gunten (2013) estudiaron la relación entre rasgos de la personalidad de las personas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y SPCD. La muestra se compuso de 54 personas con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer en fase leve según los criterios del CIE-10 (OMS, 1992) y 64 sujetos en el grupo control. Los resultados que encontraron no fueron concluyentes ya que no encontraron que la personalidad premórbida estuviera relacionada con los SPCD en los estadios tempranos de la enfermedad, pero sí que encontraron que existían cambios en la personalidad en las personas con Alzheimer, por lo que cabía la posibilidad de que existieran relaciones más complejas y, además, podrían servir como signos para un diagnóstico y atención tempranos.

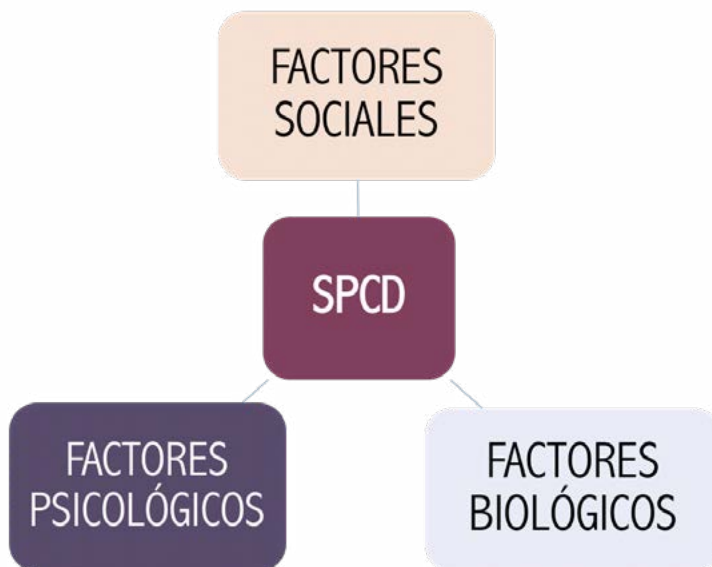
En esta línea, una reciente revisión sistemática realizada Bastida, Clemente, Font y Cardona (2018) en la que incluyeron diez estudios concluyeron que la personalidad premórbida es un factor de riesgo. Además, añadieron que el neuroticismo se relaciona con una mayor ansiedad; la extraversión correlaciona positivamente con la deambulación; y la amabilidad se relaciona

negativamente con los síntomas afectivos y con la agitación pero tiene una relación positiva con la deambulación.

Aún así, y en consonancia con el estudio anterior, los autores afirman que la relación es compleja debido al carácter multifactorial de la etiología de los SPCD.

Un modelo que engloba todos los aspectos mencionados y en el que la enfermedad no es el aspecto único ni predominante es el que definen Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert (2012), en su modelo multifactorial que postula que la variabilidad en la prevalencia de los SPCD durante el transcurso de la demencia puede explicarse por la influencia de tres factores que definen el inicio, la intensidad, la frecuencia y la gravedad de estos síntomas: factores sociales, factores psicológicos y factores biológicos (Figura 3). Por lo tanto, los autores subrayan la necesidad de adoptar una perspectiva global a la hora de diseñar una correcta evaluación de los SPCD que contemple estas tres esferas para intervenir adecuadamente.

Figura 3. Factores que influyen en SPCD



Fuente: Elaboración propia basada en Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012

Los factores biológicos engloban las esferas genéticas, químicas y anatómicas que pueden provocar un SPCD. El desencadenante biológico de los comportamientos problema puede ser directo, como es el caso del daño o disfunción frontal que puede causar apatía, o las lesiones en el lóbulo temporal que pueden producir alucinaciones; pero también puede ser indirecto, ya que cualquier proceso médico o efecto secundario de algún fármaco que provoque dolor o malestar podrá ser desencadenante de estados de agitación, ansiedad o apatía.

En cuanto a los factores sociales, es importante tener en cuenta la estimulación ambiental y, por otra parte, las características de los cuidadores sean estos profesionales o no. La esfera ambiental, es decir los entornos o espacios físicos en los que se encuentran las personas con deterioro cognitivo, inciden en gran medida en sus SPCD. Por ejemplo, un espejo puede causar miedo a la persona que ya no se reconoce en él; los espacios con exceso de mobiliario pueden hacer que la persona que deambula erráticamente tenga más riesgo de caídas y el ruido o la iluminación escasa pueden favorecer las alucinaciones. Estos son algunos de los ejemplos de factores que son fáciles de controlar si se realizan las evaluaciones pertinentes y que pueden disminuir muchos de los SPCD. Las características de los cuidadores también pueden influir negativa o positivamente en los SPCD; la manera en que tratan o se comunican con las personas hará que experimenten unos sentimientos u otros. Por ejemplo, una actitud paternalista hacia la persona mayor con demencia puede crear sentimientos de indefensión y culpa, pero un cuidador demasiado indulgente puede hacer que la persona mayor con deterioro cognitivo se acostumbre a que le ayuden a realizar todas las actividades que realmente sí que es capaz de hacer por sí misma, y esto le lleve a perder esas facultades por falta de práctica. Los cuidadores son una parte muy importante a tener en cuenta a la hora de evaluar e intervenir en los SPCD tal y como veremos posteriormente en este trabajo puesto que están en contacto constante con la persona mayor con demencia y son en muchos casos responsables de paliar, inducir o modificar muchos de estos síntomas. El cuidar a una persona mayor con deterioro cognitivo es causa de mucha carga física y emocional; son muchas las exigencias y las tensiones que derivan de esta labor (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015).

De la esfera psicológica, es importante tener en cuenta los cambios propios del envejeci-

miento. Como en toda intervención, y como postulaba Tom Kitwood, es necesario conocer las vivencias previas del individuo. En concreto, conforme avanzamos en nuestro ciclo vital, nos exponemos a factores de riesgo ligados al envejecimiento como pueden ser la pérdida de la pareja, la jubilación, la pérdida del poder adquisitivo o la sobreprotección familiar entre otros. Durante nuestra vida, las personas nos enfrentamos a distintos retos y situaciones que nos hacen adquirir herramientas y estrategias de afrontamiento que nos van a hacer percibir, interpretar y actuar de cierta manera ante determinados estímulos o circunstancias. La manera en que las personas mayores afrontan los factores de riesgo anteriormente descritos depende en parte de los rasgos de personalidad premórbidos de cada persona. Por ejemplo, si la pérdida de la pareja se ve acompañada de pensamientos catastrofistas, puede desencadenar un episodio depresivo. Los estudios nombrados previamente acerca de la influencia de la personalidad, afirman que los factores psicológicos van a influir en los SPCD de manera significativa, y por tanto deberán ser evaluados y tomados en consideración a la hora de trazar el plan de intervención pertinente. Según Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert (2012), los SPCD se explicarían como intentos fracasados de manejar o adaptarse a los cambios. Es decir, al perder las capacidades cognitivas requeridas para poner en práctica las herramientas y recursos habituales, afloran los rasgos de personalidad que la persona mayor con deterioro cognitivo ha ido adquiriendo con los años. La timidez, por ejemplo, puede aflorar en ciertos estados de la demencia en forma de apatía, la desconfianza puede desencadenar delirios de robo y la asertividad, puede derivar en verbalizaciones excesivamente agresivas. De acuerdo con estos modelos, la incomodidad o disconfort que puede deberse a un absorbente húmedo o excesivo ruido (factor social), o al dolor de cabeza o indigestión (factor biológico), ha sido considerada como una de las principales causas de agitación en personas con demencia (Cohen-Mansfield y Deutsch, 1996; Pelletier y Landreville, 2007).

Por tanto, una buena evaluación teniendo en cuenta estos tres factores nos ayudarán a diseñar una intervención efectiva que vaya al núcleo del problema, en vez de intentar paliar el síntoma con medidas genéricas como por ejemplo el uso de psicofármacos.

Se puede poner un ejemplo parecido con el caso de la depresión en personas con demencia.

Si el ingreso a un centro residencial supone un cambio en la esfera social de la persona ya que ésta pierde reforzadores al alejarse de su entorno y se experimenta una situación aversiva con cambios ambientales que ocurren en un centro de atención hospitalaria como la pérdida de intimidad, trato infantilizador (Pinazo-Hernandis, 2013) o los cambios horarios establecidos por la institución, es lógico que vayan acompañadas de una respuesta cognitiva de duelo y negatividad. Estas respuestas cognitivas que pueden llevarnos a manifestar apatía o sintomatología depresiva, no deberían ser tratadas únicamente con tratamiento farmacológico ya que solo estamos contemplando los factores biológicos de la problemática. Esta situación debería abordarse con estrategias que incluyeran refuerzos sociales y ambientales que han sido los desencadenantes del SPCD.

2.5. Los SPCD como predictores de la demencia

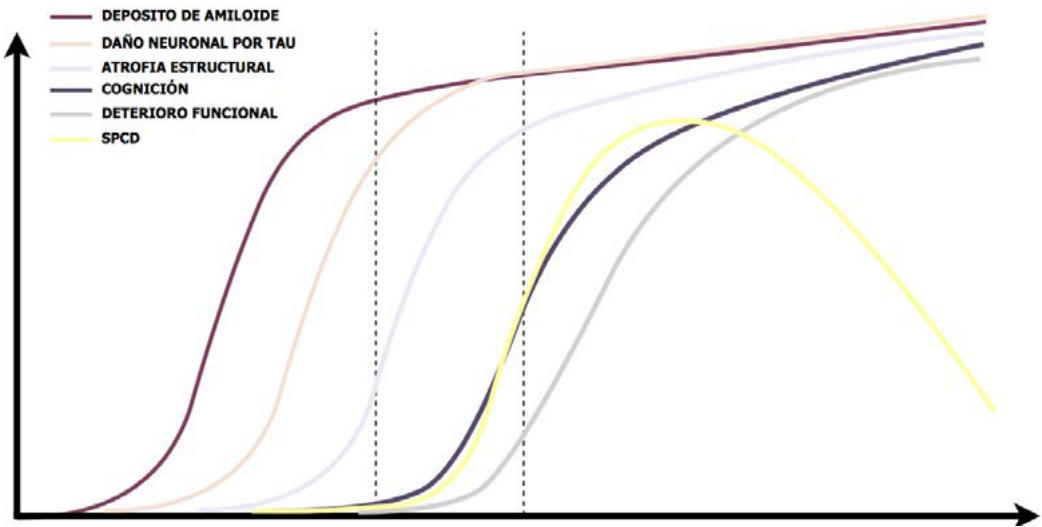
Varios autores han señalado la posibilidad de que los SPCD se presenten años antes de que aparezca el deterioro cognitivo en los procesos neurodegenerativos (Dillon et al., 2013).

Un estudio realizado por Bidzan y Bidzan (2014) en Polonia, estudió las etapas tempranas de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. La muestra estaba compuesta por 291 personas que vivían en residencias y que no cumplían los criterios de demencia del DSM-IV-TR (APA, 2000) al comenzar el estudio. De esos pacientes iniciales, tras un seguimiento longitudinal, quedaron 150, de los cuales 14 fueron diagnosticados con demencia vascular, 25 con enfermedad de Alzheimer y 111 permanecieron sanos sin diagnóstico (grupo control). Los autores concluyeron que la prevalencia de SPCD fue mayor en los sujetos que desarrollaron demencia, es decir, se pudo detectar SPCD en fases preclínicas de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia vascular. Y subrayaron que en el caso de las personas que más tarde cursaron con Alzheimer, la agresividad fue el SPCD más presente (Bidzan y Bidzan, 2014). Este trabajo puso de manifiesto que cuanto más cercano se encuentra el diagnóstico de demencia, más posibilidades existen de detectar SPCD, especialmente en la enfermedad de Alzheimer.

Lopez-Alvarez y Agüera-Ortiz (2015) dibujaron una gráfica con la sucesión de los parámetros biológicos y clínicos de la enfermedad de Alzheimer que hemos reproducido en la figura 4. Según los autores, algunos SPCD comienzan a manifestarse antes del diagnóstico de la demencia, al mismo tiempo que la pérdida cognitiva pero antes que el deterioro funcional, lo que significa

que podrían ser unos de los primeros síntomas visibles de la demencia o que van a influir en el posible desarrollo de una demencia, en concreto la apatía, la depresión y la ansiedad son los síntomas más presentes en esta fase (Beaudreau, Kaci, Spira, Lazzeroni, O'Hara, 2013)

Figura 4. Sucesión de parámetros biológicos y clínicos en la enfermedad de Alzheimer



Fuente: Elaboración propia a partir de Lopez-Alvarez y Agüera-Ortiz, 2015

Por este motivo, algunos autores hablan de Síntomas Psicológicos y Conductuales (SPC), cuando las personas que los presentan todavía no tienen diagnóstico de demencia o de Alteraciones de la Conducta (AC) (Mouriz, Ponte, Tuñas, Dosil y Facal (2019).

Lo cierto es que si los SPCD pueden darse durante el trascurso de una demencia (Masters, Morris y Roe, 2015) pero también pueden presentarse antes de ésta, podría hablarse de las AC como sintomatología prodrómica de la enfermedad, es decir, síntomas que podrían de-

tectarse antes de que empiecen a manifestarse otros signos de la enfermedad. Es importante tenerlos muy en cuenta ya que la presencia de AC en una persona mayor sana puede indicar una demencia temprana o ser un factor de riesgo para el futuro desarrollo de una demencia (Reyes-Figueroa et al., 2010; Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne, 2012).

Dado el avance que esto podría suponer, surge recientemente el concepto de deterioro conductual leve o Mild Behavioural Impairment (MBI) en inglés (Ismail et al., 2016), término que se ha introducido, para acuñar a los síntomas conductuales que aparecen en personas menores de cincuenta años. Estos síntomas deben ser sostenidos e impactantes y pueden considerarse como precursores del deterioro cognitivo y la demencia (Canevelli, Blasimme, Vanacore, Bruno y Cesari, 2016; Ismail et al., 2016).

El hecho de que estos síntomas se vean en muchos casos como predictores de la demencia (García-Alberca, Lara y Berthier, 2010; Pocnet, Rossier, Antonietti y Gunten, 2013), se considera un importante avance que puede ser de gran utilidad para hacer un diagnóstico precoz que ayude a la persona y a su entorno. Sin embargo, estos síntomas mal evaluados pueden llevar también a errores en la valoración (Córcoles et al., 2018; Pérez y González, 2018). La revisión de Milano, Saturnino y Capasso (2013), concluyó que la presencia de estos SPC en fases premórbidas de la enfermedad puede llevar a los evaluadores a pensar que se trata de otra enfermedad psiquiátrica en lugar de en algún tipo de demencia incipiente. Por ello es especialmente importante que el término MBI esté muy presente en la práctica clínica y facilite los diagnósticos en etapas tempranas. El MBI-C (Ismail et al., 2017) es la primera herramienta que se ha creado para medir estos síntomas preclínicos y ya se ha traducido y validado en nuestro idioma (Agüera-Ortiz et al., 2017).

Dadas las implicaciones que tienen estos síntomas, y que pueden llegar incluso a ser predictores de procesos demenciales, llama la atención que todavía no se encuentren recogidos como un criterio de diagnóstico de las demencias ni en el DSM-V (APA, 2013) ni en el CIE-10 (OMS, 1992), ya que aparecen como especificación, pero no como criterio para su evaluación y son muchos los autores que lo denuncian (Pérez y González, 2018). Únicamente los criterios

creados por el National Institute of Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA), elaborados en el 2011 recogen los SPCD como criterio diagnóstico, lo cual supone un gran avance.

Teniendo en cuenta la complejidad de su etiología, el modelo biomédico que ha dominado siempre la materia, la dificultad de su tratamiento y las implicaciones que conllevan para la propia persona y su entorno, durante años se ha optado por el uso de psicofármacos o sujeciones físicas como medida para paliar estos síntomas.

La literatura nos muestra los aspectos negativos de este tipo de intervenciones (López-Trigo et al., 2014) por lo que cada vez existe un mayor consenso que aboga por limitar su uso.

A partir de esto, y enmarcándolo con el enfoque de la atención centrada en la persona surgen programas como Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer de CEOMA (Burgueño, 2005) que tratan de poner el foco en la persona como sujeto activo y estudiar el porqué de las conductas para proponer intervenciones adecuadas, y evitar así el reduccionismo de utilizar la misma sujeción para problemáticas distintas y complejas.

CAPÍTULO 3

Eliminación de sujeciones físicas y químicas en recursos asistenciales

Pese a que en este trabajo nos vamos a centrar en las sujeciones a personas mayores con enfermedades neurodegenerativas, las sujeciones surgen del ámbito de la psiquiatría. Tanto las sujeciones físicas como las químicas se presentan en un primer momento como una herramienta para proteger a los cuidadores y a los propios pacientes de las conductas disruptivas que éstos pudieran presentar. Es decir, se presentan como una herramienta de apoyo al cuidado que debería utilizarse únicamente en momentos puntuales de necesidad (Urrutia, 2016).

El problema es que con los años y desde el prisma biomédico tradicional, las sujeciones dejan de ser algo puntual y pasan a convertirse en algo que se utiliza muy a menudo, con la premisa de que van a prevenir caídas o posibles daños físicos causados por la aparición de SPCD. Es decir, este modelo de cuidados tradicional que propone las sujeciones como herramienta indispensable en el cuidado, prioriza la seguridad y deja de lado, como ya explicábamos en el capítulo anterior, aspectos como los derechos, la libertad o la dignidad de la persona.

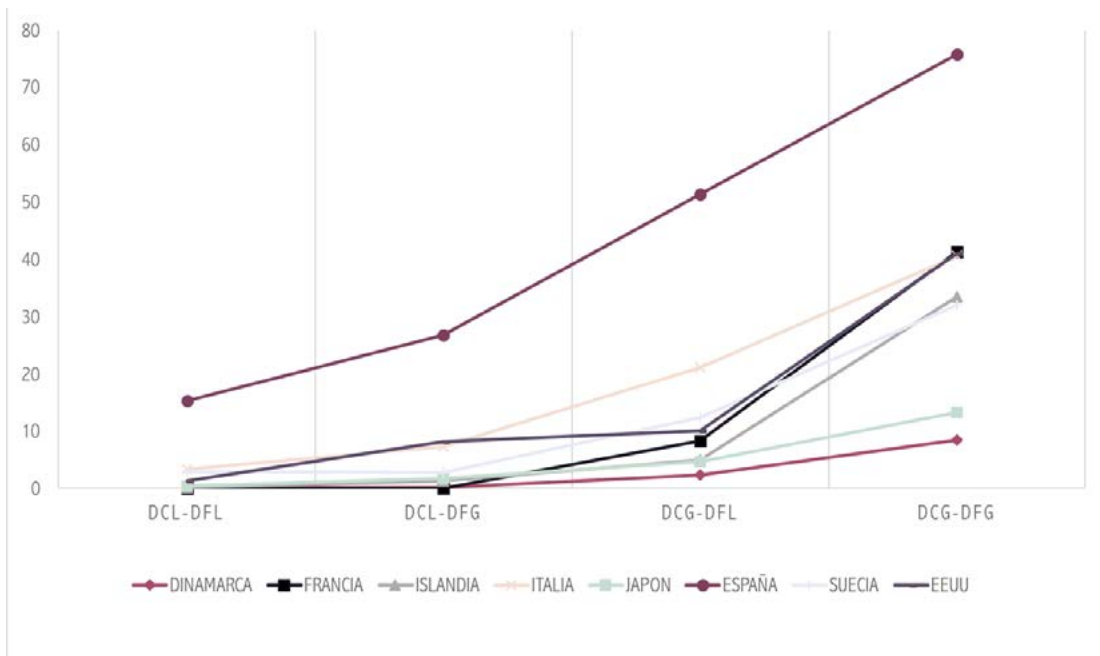
En el ámbito de la geriatría, las sujeciones se han utilizado sobre todo en personas con deterioro cognitivo o demencia que presentan SPCD disruptivos para la propia persona o su entorno y se fueron instaurando como recurso normalizado sobre todo en recursos asistenciales y de cuidados de larga duración (Urrutia, 2016).

En este sentido, existen dos tipos de sujeciones: por un lado las sujeciones físicas, que hacen referencia a las restricciones de movilidad, y por otro lado, las sujeciones químicas para hacer referencia al uso de fármacos. A continuación se desarrollan y analizan ambos tipos de sujeciones.

3.1. Sujeciones físicas

En los años 90, en España el uso de sujeciones no estaba contemplado por las normativas estatales ni autonómicas. No existían consensos sobre su uso ni estudios españoles que las definieran o las limitaran (López-Trigo et al., 2014). Ljunggren, Philips y Sgadari (1997) publicaron un estudio en el que comparaban el uso de contenciones físicas en ocho países y los datos sobre España eran realmente alarmantes (Figura 5).

Figura 5. Uso diario de restricciones físicas en función del deterioro físico y cognitivo en ocho países



DCL: Deterioro cognitivo leve - DCG: Deterioro funcional grave -
DFL: Deterioro funcional leve - DFG: Deterioro funcional grave

Fuente: Elaboración propia a partir de Ljunggren, Phillips y Sgadari, 1997

En ese momento en que el que no existía un consenso ni regularización sobre su uso las prácticas eran totalmente dependientes del centro y profesionales que las aplicaban por lo que no tenían ningún tipo de regulación. Eran sujeciones en muchos casos no homologadas, no revisadas e incluso no consentidas por las propias personas o por sus familiares. Eran necesarios manuales que las definieran correctamente y que acotaran sus usos. En aquella época, en España comienzan varios autores a interesarse al respecto y surgen programas como el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA (Burgueño, 2005) y el Programa Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos (Urrutia y Erdoiza, 2010).

Se han dado varias definiciones de las sujeciones físicas. Bleijlevens, Wagner, Capezuti, Hammers (2016), han buscado recientemente una definición aceptada internacionalmente para favorecer la investigación y obtener datos de prevalencia con mayor exactitud. Los investigadores identificaron treinta y cuatro definiciones diferentes en su búsqueda bibliográfica y tras un consenso del 90% entre expertos llegaron a la siguiente definición: “La restricción física se define como cualquier acción o procedimiento que impida el movimiento libre del cuerpo de una persona a una posición de elección y/o acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método, unido o adyacente al cuerpo de una persona que no pueda controlar o eliminar fácilmente”.

La realidad es que actualmente en España, continúa sin existir un marco legislativo a nivel nacional, pero si que encontramos cada día más literatura que ofrece definiciones y protocolos que ayudan a los centros asistenciales e incluso localidades en las que si que se han implantado nuevas leyes al respecto, como es el caso de la Ley de Uso de Restricción del Gobierno de Navarra (2011) del Decreto Foral 221/2011 (García y Beltrán, 2012).

La Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) creó un Comité Interdisciplinar de Sujeciones y redactó en el año 2014 un Documento de Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas para que sirviera como guía de buena praxis a los profesionales del sector (López-Trigo et al., 2014). Este documento ofrece una visión multidisciplinar del tema y aporta claridad a la hora de definir qué tipos de sujeciones existen, qué marcos legales debemos tener

en cuenta y qué protocolos van a resultar más efectivos.

Existen muchos tipos de sujeciones, contenciones o restricciones mecánicas. Los dispositivos, o utensilios como las muñequeras, las tobilleras, los cinturones de cama, los cinturones de silla, las sábanas inmovilizadoras, los sensores de movimiento o habitaciones con puertas cerradas o las barandillas, entre otras.

Pueden ser agudas (si se utilizan en casos puntuales durante un tiempo no superior a tres días), o crónicas (en el caso en el que se pauten y se mantengan en el tiempo, incluso en algunos casos sin ser revisadas). Y pueden ser voluntarias o involuntarias.

Lo que dejan claro los autores es que los términos sujeción, contención y restricción, a nivel jurídico implican una privación de la libertad y, por tanto, pese a que en muchas ocasiones se considere que las barandillas o el mobiliario ergonómico adaptado no son sujeciones, según este documento deben ser tratados de la misma forma debido a los riesgos que conlleva su uso y por ello los protocolos deberían ser los mismos.

Actualmente ya existe un claro consenso acerca de la no idoneidad de este tipo de prácticas, pero aún así y por los motivos que desarrollaremos en este capítulo, todavía vemos que existe gran dificultad a la hora de erradicarlas, a pesar de las implicaciones éticas, morales e incluso jurídicas que conllevan (López-Trigo et al., 2014).

Se habla de falta de ética ya que se utilizan más en personas que debido a su deterioro cognitivo carecen de capacidad de toma de decisiones. De hecho, se apreciaba en la figura 5 un mayor uso en personas con deterioro cognitivo y deterioro funcional. Varios trabajos han planteado un análisis acerca de los factores que pueden influir en que se aplique una sujeción a una persona (Berland, Wachtel, Kiel, O'Sullivan y Phillips, 1990; Burgueño, 2008; Castle, 1998). Según Burgueño (2008), son factores de riesgo: el ser mujer, tener una edad avanzada, presentar conductas inadecuadas, tener un elevado riesgo de caídas, un mayor deterioro cognitivo y estar en un centro en el que el personal no esté adecuadamente formado entre otras. Por lo tanto, se aplica a las personas con mayor vulnerabilidad y con menor capacidad de elección lo

que hace que sea un tema especialmente controvertido y con una gran carga ética (Hamers, Gulpers y Strik, 2004).

Es importante ver y darse cuenta de que el uso de una sujeción ante un problema es únicamente una manera de simplificar la respuesta a ese problema por comodidad. Tal y como veíamos en el capítulo anterior, al hablar de personas con deterioro cognitivo o con demencia y de sus conductas, la causa o la raíz de la problemática depende de varios factores, por lo que comprenderla es en muchas ocasiones complicado. Con la llegada de la Geriátrica llega el interés por ese prisma multidisciplinar tan necesario que propició el inicio de la transformación.

El término “geriátrica” se acuña en el año 1909, reivindicando cambios y una rama de la medicina específica para tratar a este sector de la población. Aunque la verdadera transformación en este ámbito aparece con el trabajo de Marjori Warren, la hoy considerada pionera geriátrica británica, que fue trasladada al West Middlesex Hospital, una institución de asistencia pública en el año 1935 (Matthews, 1984). Marjori puso el énfasis en la necesidad de realizar valoraciones e intervenciones multidisciplinarias. Empezó a considerarse necesario un diagnóstico completo y multidisciplinar (que actualmente llamamos Valoración Geriátrica Integral o VGI) con su correspondiente tratamiento adaptado a la valoración hecha, que por tanto será también global e incluirá la esfera psicológica, médica, física y social. Esto y el modelo de atención centrada en la persona que ya hemos definido es justamente lo que debería frenar el uso de sujeciones, una valoración global de la conducta y diseñar intervenciones que contemplen todas las esferas implicadas, el problema es que a una problemática de etología compleja y multivariante se le aplica una única solución que es la contención.

Primero describamos los motivos por los que los profesionales deciden hacer uso de ellas. En general, la mayor parte de los investigadores ha encontrado que el mayor uso de sujeciones se pauta por la noche. Esto parece ser un tema asociado a los horarios de los profesionales. Por la noche es cuando menos personal hay en un centro de asistencia por varios motivos, y el más importante de ellos es económico ya que los convenios colectivos marcan que el turno nocturno recibe una compensación económica por nocturnidad (VII Convenio Co-

lectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y desarrollo de la promoción de la Autonomía Personal, 2018). Esto hace que los centros diseñen horarios con poco personal nocturno y, por lo tanto, deban modificar las tareas del centro para que puedan hacerse cargo de ellas el menor número de profesionales posibles. Estamos hablando de que, por ejemplo, en un centro con una ocupación media de unas ciento treinta personas, serán tres profesionales los que estén en el turno desde las 20:00 de la tarde hasta las 7:00 de la mañana del día siguiente. Por lo tanto, durante esas horas hablamos de un profesional cada 43 personas (muchas de ellas con demencia), lo idóneo es que las personas mayores se encuentren en la cama durmiendo, ya que es imposible que tres personas puedan supervisar a 130 residentes que deambulan, se quieren acostar o se quieren levantar a la hora que a ellos deseen. Por lo tanto, todas las personas del centro son acostadas las 20:00 y mantenidas en la cama hasta las 7:00 de la mañana (como mínimo) que será la hora en la que los profesionales del turno de mañana comiencen a levantar a los primeros. Si se tarda al menos 5 minutos por persona que necesita ayuda, y hay varias gerocultoras haciendo esta tarea, y sabiendo que hay algunas que no necesitan apoyo para el vestido ni la higiene, este proceso durará por lo menos 500 minutos (5 minutos por 100 personas) y habrá algunas personas que podrán permanecer más tiempo en la cama que otras. Teniendo en cuenta los patrones de sueño de una persona adulta se nos hace difícil imaginar que podamos estar más de once horas metidos en la cama, pero si además sumamos que un porcentaje muy elevado de personas mayores de 65 años experimentan cambios en la fase REM (ya descritos en el capítulo anterior) (Custodio, 2017), comprendemos que poder permanecer el resto de horas en la cama, si no es con algún tipo de sujeción es complicado. A esta problemática se le llama conveniencia organizacional; es decir, al hecho de imponer el uso de sujeciones no con un fin terapéutico sino por facilitar la tarea de los profesionales y para que las personas mayores se adapten al horario de los trabajadores del centro (Galán et al., 2008; Ramos, López-Trigo, Maillo y Paz, 2015).

Ha sido también muy prevalente la utilización de sujeciones físicas para evitar que una persona con deterioro cognitivo manipule la sonda nasogástrica por la noche (Joanna Briggs Institute, 2002), o poner un cinturón de contención para la persona que decida levantarse a deambular

con riesgo de escaparse.

También los profesionales pueden ver necesarias las sujeciones en casos de presentar SPCD disruptivos como agitación, para garantizar que tras una intervención la persona reposa adecuadamente (por ejemplo, tras una fractura), y mejorar el control postural o controlar el riesgo de caídas que representa un 75% de las sujeciones (López et al, 2014).

De hecho, fuera de los horarios nocturnos la razón que más apoya el uso de sujeciones es el riesgo de caídas. Sin embargo, cada día más estudios demuestran que el uso de sujeciones no hace que las caídas disminuyan sino que pueden incluso aumentar la gravedad de sus consecuencias (Burgueño, 2008; Capezuti, Strumpf, Evans, Grisso y Maislin, 1998; Möhler, Richter, Köpke y Meyer, 2012; Tinetti, 1987; Tinetti, Liu y Ginter, 1992). La protección contra las caídas es la una de las causas que lleva incluso a los familiares a solicitarlas (Burgueño, 2015), lo que a los profesionales les hace sentirse obligados a utilizarlas para evitar posibles demandas legales.

Llama la atención también que otra de las premisas por las que se decide poner este tipo de sujeciones es por la presencia de un SPCD y sin embargo cada día más estudios señalan que el uso de sujeciones físicas en sí mismo incrementa los SPCD. Por ejemplo, varios estudios observacionales han demostrado que el uso de restricciones no disminuye la cantidad, frecuencia o intensidad de la agitación (Werner, Cohen-Mansfield, Braun y Marx, 1989), de hecho, incluso hay estudios que afirman que la agitación es mayor en personas físicamente sujetas y solas (Cohen-Mansfield y Werner, 1995).

Es importante destacar que las residencias se ven como lugares seguros que deben ser tranquilos y tener todas las caídas y alteraciones conductuales bajo control. Es importante tener una visión realista. Estas conductas existen, y en los centros asistenciales, el equipo de profesionales ayudará a paliarlas, a que los familiares las comprendan, a apoyar a la persona que las sufre y respetar sus derechos y dignidades, pero no deberíamos poner objetivos tan ambiciosos como que los SPCD y las caídas van a erradicarse por completo ya que son problemáticas prevalentes en este sector de la población y su existencia no debe negarse. Lo que debe primar

es la calidad de vida de las personas y su bienestar físico, psicológico y social.

Desde este prisma es desde el que deberíamos evaluar las sujeciones mecánicas. El uso de sujeciones conlleva consecuencias negativas y se opone a lo que deberían de ser los objetivos terapéuticos de estas personas. Al trabajar con personas con deterioro cognitivo deberíamos priorizar metas como la de lograr mayor autonomía, mayor independencia, aumentar su sentimiento de valía y mejorar su estado de ánimo y de salud. Sin embargo, una persona con una contención se expone a todo lo contrario como veremos a continuación.

Está demostrado que el uso de contenciones conlleva efectos negativos físicos y psicológicos. A nivel físico puede provocar consecuencias directas como desgarros, isquemias, rozaduras, hematomas, incluso riesgo de asfixia, de aplastamiento o de ahogos. Y de manera indirecta puede provocar inmovilidad que tal y como se señalaba en el primer capítulo de este trabajo es uno de los denominados grandes síndromes geriátricos que puede desencadenar estreñimiento, úlceras por presión, malnutrición, incontinencias urinarias y fecales, atrofia y debilidad entre otras (Galán et al. 2008). Incluso Miles e Irvine, (1992) realizaron un análisis de ciento veintidós muertes causadas por restricciones mecánicas. El 78% de las víctimas eran mujeres con una edad promedio de ochenta y un años. El 83% de las personas fallecidas se encontraban en centros geriátricos. Los autores afirman que al menos una de cada 1000 muertes en centros residencias se deben al uso de sujeciones físicas, que son una causa evitable de muerte. Además, algo que llama la atención, teniendo en cuenta la gravedad, es que estas consecuencias, son poco reconocidas por los profesionales (Miles e Irvine, 1992; López, Guerra, González, Hernández y Crego, 2013 y Werner, Mendelsson, 2001).

Cada día se habla más de “corrupción en los cuidados”, un término acuñado en los países anglosajones y realmente poco investigado en nuestro país (Burgueño, 2008; Garner y Evans, 2002; Wardhaugh y Wilding, 1993) ya que a estas sujeciones ya se les considera una forma de maltrato a las personas mayores (Giró, 2014).

Es importante señalar que no existen trabajos, investigaciones o estudios sólidos que justifi-

quen que el uso de sujeciones físicas mejora la práctica clínica. Por lo que es inevitable preguntarse qué razones son las que han propiciado que su práctica esté tan consolidada y que incluso se vea como algo necesario e imprescindible en los recursos asistenciales.

Autores como Burgueño (2008) lo califican de ejercicio de hipocresía generalizado, que hace que los profesionales que las utilizan las vean como un método terapéutico recomendado, y que las utilicen como algo positivo para la persona, obviando el hecho de estar atando a una persona y privándole de su derecho a la libertad. Es cierto que, tal y como ocurre con las sujeciones químicas y que veremos más adelante, el uso de la terminología es muy importante en este sentido. Como hemos ido viendo, los profesionales no utilizan el término “atar” o “ata-dura”, sino que se refieren a ellas con eufemismos técnicos como “contenciones, sujeciones o restricciones”. Es ampliamente conocido que los vocablos que utilicemos van a condicionar nuestros pensamientos y actitudes y en este caso el uso de términos técnicos puede hacer que las veamos como herramientas con fines terapéuticos y obviemos las implicaciones violentas que tienen. Lo mismo ocurre con el tipo de sujeción. Usar “dispositivos homologados” parece más lícito y ético que usar cuerdas o cinturones de vestir (Burgueño, 2008). A nivel ético y moral es mucho más reconfortante para los profesionales pensar que esta praxis viene recomendada por especialistas facultativos y que están técnicamente homologadas. Es una manera interesante también de diluir indirectamente nuestra parte de responsabilidad.

Actualmente, la literatura apoya firmemente la erradicación total de las sujeciones, y sin embargo vemos que, por desgracia, existen muchos ámbitos en los que esto no resulta tan sencillo. Una de las causas por las que esto sucede es por la cantidad de creencias erróneas que las rodean (Evans y Strumpf, 1990). En sus trabajos, Burgueño (2008; 2015), habla de falacias, que fomentan que los profesionales se sientan obligados a utilizarlas. El autor describe cinco y desmiente todas y cada una de ellas.

La primera es la que afirma que es una medida inofensiva, lo que ya se ha contrastado con la cantidad de estudios que demuestran los efectos negativos tanto físicos como psicológicos que pueden desencadenar, llegando incluso a poder provocar la muerte (Galán et al., 2008; Miles e Irvine, 1992).

La segunda es la que asegura que se utilizan para preservar la seguridad de la persona y de su entorno. Como ya hemos comentado se ven como una herramienta para el cuidado.

La tercera es decir que previenen caídas. A menudo se escuchan afirmaciones como: “Son necesarias las barandillas para no caerse de la cama”; “Aquí no se caen, pero hombre porque llevan el cinturón”; “Yo veo imposible quitarlas”. Tal y como hemos argumentado anteriormente, cada día más trabajos en centros libres de sujeciones demuestran que no sólo no se aumentan las caídas, sino que además la gravedad de las mismas disminuye sin utilizar sujeciones (Kron, Loy, Sturm, Nikolaus y Becker, 2003).

La cuarta es que retirar las sujeciones es una cuestión de tiempo y dinero, y que por ese motivo hay muchos centros en los que no se pueden retirar. Un estudio muy interesante es el de Phillips, Hawes y Fries (1993), quienes analizaron los costes de las sujeciones físicas en un trabajo con una muestra de 11.932 residentes de 276 residencias diferentes en siete estados de USA concluyendo que los profesionales dedicaban más tiempo a las personas con sujeciones debido al aumento de dependencia, aumento de AC y problemas asociados que ya se han comentado en este capítulo.

La quinta de las falacias que describe Burgueño es que las barandillas no son sujeciones, algo que ya desmentía la SEGG (López-Trigo et al., 2014) tal y como hemos descrito al inicio de este capítulo. Un trabajo de Galán et al. (2018) que estudió veinticinco centros residenciales de gestión pública de la Comunidad de Madrid, afirmó que las barandillas son la sujeción física más utilizada y que se utiliza indiscriminadamente incluso en personas sin deterioro cognitivo ni dependencia física. Los autores reivindican la necesidad de hacer hincapié en este tema y promover los protocolos y formaciones al respecto.

Cada día más estudios nos muestran las mejoras que se consiguen a través de la retirada de sujeciones físicas. Olazarán-Rodríguez et al. (2016), afirman que “tanto las sujeciones físicas como las sujeciones químicas son el fruto de una sociedad que pone el énfasis en una solución rápida, obviando una definición precisa del problema y la indagación de sus posibles causas”.

De hecho, las sujeciones físicas se consideran la parte visible de muchas prácticas inadecuadas en Geriátría y que no se guían por el Modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).

En nuestro país, la tasa de sujeciones físicas ha disminuido significativamente si comparamos los datos con los de los años noventa (Cleary y Prescott, 2015), pero aún así, todavía encontramos trabajos que demuestran que sigue siendo un tema en el que hay que seguir trabajando y unificando criterios para que todos los recursos sean capaces de eliminar completamente este tipo de sujeciones (García-Cabrera et al. 2018). Sigue existiendo la necesidad de implantar protocolos y legislación que guíen la buena praxis de los profesionales (Domínguez, 2017).

Tal y como hemos introducido al inicio de este capítulo, tanto las sujeciones físicas como las sujeciones químicas se utilizan como medidas de contención ante conductas disruptivas para el entorno y los cuidadores. Al privar de libertad a una persona con una sujeción física, es lógico pensar que la persona, en vez de tranquilizarse, se ponga todavía más nerviosa y esos nervios o agitación sean evaluados por el centro como una conducta disruptiva y se opte por la introducción de un psicofármaco que la palie. Por este motivo autores como Muñoz et al. (2016) afirman que existe una relación positiva entre el uso de sujeciones físicas y el uso de sujeciones químicas. Los resultados de un trabajo de estos autores sobre un estudio implantado en 41 centros residenciales pone de manifiesto que la retirada de contenciones mecánicas disminuye la prescripción de psicofármacos significativamente y esto se debe a que la calidad de los cuidados y la atención centrada en la persona, base de la retirada de sujeciones físicas, es una de las intervenciones que mayor resultado aportan, tanto en el uso de psicofármacos como en el bienestar y la autonomía de las personas mayores (Tortosa, Granell, Fuenmayor y Martínez, 2016).

En este sentido, y tal y como se señalaba al inicio de este capítulo, el segundo gran bloque de sujeciones hace referencia a las químicas, de modo que, en el siguiente apartado se definen y estudian las sujeciones químicas basadas en prescripciones farmacológicas, así como la relación que existe entre ambas.

3.2. Sujeciones químicas

El uso de sujeciones químicas en población geriátrica es un tema todavía más controvertido y menos visible que el de las sujeciones físicas (Conn, Snowden y Purandare, 2017). De hecho, los progresos (aunque todavía modestos) que hemos descrito en el apartado anterior en el uso de sujeciones físicas, difieren de los datos que encontramos sobre las sujeciones químicas, que en muchos casos van en aumento (Olazarán-Rodríguez et al., 2016). Es cierto que, mientras que las sujeciones mecánicas son visibles, el uso de psicofármacos no lo es tanto, y además, en muchos casos, la utilización de algunas dosis y durante algún tiempo de psicofármacos puede ser aconsejable, lo que complica todavía más que los profesionales y las familias se den cuenta de la no idoneidad de un uso abusivo. Por ello, en este apartado se expondrán las posibles razones que derivan en un menor control de este tipo de sujeciones y el hecho de que su utilización en nuestro país esté cada vez más extendida.

En primer lugar, según Olazarán-Rodríguez et al., (2016), una sujeción química es “una utilización inespecífica de psicofármacos –no sustentada por un diagnóstico médico de desorden psiquiátrico- dirigida a anular la libre expresión de la persona”. Por lo tanto, hay que comprender que no siempre el uso de psicofármacos implica sujeción. El problema proviene de un uso abusivo o de que los psicofármacos utilizados no se adecúen al diagnóstico médico.

Una definición parecida pero más precisa es la que ofrecen el Comité Interdisciplinar de Sujeciones y la SEGG (López-Trigo et al., 2014) que especifican que la sujeción es “la utilización de forma deliberada e intencional para controlar un problema de base no psiquiátrico, ni

médico, para el que existe mejor tratamiento, y que acaba limitando, alterando o restringiendo los movimientos y actividad física o actividades de la vida diaria del paciente así como su funcionamiento mental”. Por definición, los psicofármacos son sustancias o agentes químicos que actúan en el sistema nervioso central y pueden alterar nuestro nivel de consciencia, estado de ánimo, percepción, pensamiento o conducta (Torales y Arce, 2017). Es decir, que la sujeción química existe cuando se prescribe un psicofármaco para eliminar o paliar una conducta disruptiva (como agitación, por ejemplo) y con él alteramos la consciencia o la conducta de la persona aunque no haya un diagnóstico médico que lo aconseje.

Primero sería conveniente definir qué tipo de fármacos son los que se consideran relevantes a la hora de hablar de sujeciones químicas y en los que nos vamos a centrar en este trabajo. Para ello nos hemos basado en una clasificación que hacen los autores Muñoz et al. (2016) en la que diferencian: 1. Neurolépticos típicos; 2. Neurolépticos atípicos; 3. Antidepresivos; 4. Benzodiazepinas de vida media corta; 5. Benzodiazepinas de vida media; 6. Benzodiazepinas de vida media larga; 7. Otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticas; y 8. Los inhibidores de la colinesterasa (ICE) y la memantina que hemos aunado en una única categoría. A esta clasificación añadimos los 9. Antiepilepticos que contempla el Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas de la SEGG (López-Trigo et al., 2014) ya que tal y como ellos afirman, algunos pueden tener efectos sedantes.

Pasamos a definir brevemente cada una de las categorías en el siguiente epígrafe.

3.21. Psicofármacos

a. Neurolépticos típicos y atípicos

Los primeros neurolépticos, también llamados neurolépticos o antipsicóticos de primera generación, surgen en los años cincuenta, época en la que no existían fármacos destinados al tra-

tamiento de síntomas psiquiátricos graves. Por lo tanto, en un primer momento surgen como medicación para los casos de psicosis graves como por ejemplo esquizofrenia o síndromes maníaco-depresivos (García-Anaya, Apiquian y Fresán, 2001). Estos antipsicóticos, que más adelante pasarán a denominarse típicos, tienen fundamentalmente una acción antidopaminérgica. Se caracterizan por su eficacia en síntomas psicóticos positivos como los delirios o las alucinaciones, pero no son tan eficaces en síntomas negativos como la depresión o la apatía. Además, conforme se va experimentando con estos fármacos cada vez se evidencia un mayor número de efectos adversos extrapiramidales relacionados con el movimiento y el control muscular, es decir, por ejemplo, inquietud o temblores, entre otros (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017).

En un intento por incrementar su eficacia disminuyendo sus efectos adversos, tras sesenta años de investigación, llegan los antipsicóticos de segunda generación o los antipsicóticos atípicos. Su mecanismo de acción es diferente a los antipsicóticos típicos. Éstos actúan bloqueando los receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos. Se ha demostrado su eficacia tanto en síntomas positivos como en síntomas negativos. Las investigaciones al respecto les atribuyen menos efectos adversos que a los típicos, aunque no están exentos de ellos ni mucho menos (Bermejo y Rodicio, 2007).

El problema llega cuando extrapolamos esta medicación diseñada para trastornos psiquiátricos a casos de personas con demencia o deterioro cognitivo. Todos los manuales e investigaciones coinciden en la escasez de pruebas científicas en población mayor (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017) y esto se convierte en una problemática muy importante porque el cerebro es muy complejo, y pese a que los síntomas psicóticos de la demencia (delirios y alucinaciones) son los mismos que en trastornos como la esquizofrenia, la etiología no es la misma y, por tanto, su efectividad e incluso efectos adversos varían. Es decir, que pese a ser fármacos que han demostrado ser altamente eficaces en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en personas mayores, al tratar SPCD su eficacia es menor y sus efectos adversos más graves (Olivera, Val, Hermoso y Pelegrín, 2015).

Por estos motivos que dificultan las decisiones de los profesionales y la falta de manuales y consenso al respecto, vemos que en los últimos años han aparecido guías y protocolos de importantes entidades españolas cuyo objetivo es guiar a los prescriptores hacia una buena praxis. Es el caso de los criterios CHROME (Chemical Restraints Avoidance Methodology) dirigidos por la Fundación María Wolf que pretenden ayudar a los profesionales a realizar una prescripción de calidad (Olazarán-Rodríguez et al., 2016), y del Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas mayores (Agüera, Morriño, Olivera, Pla y Azanza, 2017). Ambos exigen un mayor número de ensayos clínicos de estas medicaciones en población mayor, en los distintos tipos de demencia y en el trastorno delirante. Este tipo de guías son especialmente relevantes y de utilidad, y de hecho una reciente encuesta de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología mostró que todos los profesionales encuestados habían consultado en alguna ocasión una guía de práctica clínica de este tipo. El 47% de los encuestados las consultaba de manera habitual, el 50,5% de manera ocasional y únicamente un 2,5% de los profesionales encuestados no las consultaba casi nunca (Formiga, Martínez-Velilla, Batzán y López-Trigo, 2017).

En la enfermedad de Alzheimer, al ser el tipo de demencia más prevalente, tal y como se ha expuesto ya en este trabajo, es en la que mayor número de experimentación encontramos. Y según los resultados de las investigaciones realizadas, desde el punto de vista normativo, la Risperidona® (un antipsicótico atípico) es el único neuroléptico indicado según la ficha técnica de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS, a partir de ahora) para personas con demencia (AEMPS, 2013). Además, este fármaco estaría autorizado para un máximo de seis semanas en casos extremos de agresividad (no agitación) que se hayan resistido a tratamientos no farmacológicos previos y que supongan un riesgo para ellos mismos o para los demás (AEMPS, 2013).

Sin embargo, pese a estos datos, seguimos viendo antipsicóticos típicos pautados en demencias pese a que las agencias regulatorias han advertido de posibles efectos adversos de los antipsicóticos de primera y de segunda generación. De hecho, ya hace años se advirtió de un incremento de accidentes cerebrovasculares y muerte de pacientes tratados con estos

fármacos (Dillon et al., 2013), y mayor riesgo en pacientes con demencia, riesgo vascular o ictus previos. La mortalidad asociada al uso continuado de neurolépticos es muy elevada y aumenta con el tiempo de exposición, llegando a afectar hasta a un 70% de las personas que los consumen durante tres años frente a un 41% personas que tomen placebo como tratamiento (Ballard et al., 2009). Según recientes investigaciones este riesgo en demencias sería menor en el caso de la Quetiapina® y el Aripiprazol® (antipsicóticos atípicos) y siempre será mayor con antipsicóticos típicos. En el caso por ejemplo de la demencia de Cuerpos de Lewi el riesgo será todavía mayor, desaconsejando el uso de cualquier antipsicótico a excepción de la Quetiapina® a dosis bajas. Se aconseja, además, la retirada o reducción de la dosis a los dos o tres meses de tratamiento, salvo que existiera un cuadro psicótico de base (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

Estos fármacos tienen muchos efectos secundarios. Por ejemplo, los efectos secundarios del Aripiprazol® son: mareos, somnolencia, náuseas, vómitos, cansancio, visión borrosa, cefalea y dificultades para dormir. Por su parte, los efectos adversos de la Quetiapina® son: mareo, caídas, dolor de cabeza, somnolencia, temblor, taquicardia, estómago revuelto, visión borrosa, presión arterial baja, irritabilidad, sueños anormales y pesadillas, empeoramiento de depresión, entre otros muchos.

Por todos estos argumentos, se aboga por un uso más racional de neurolépticos típicos y atípicos en personas con demencia, pero los datos de uso nos muestran todo lo contrario. Pese a que la prevalencia de los estudios varía según el tipo de muestra y el tipo de estudio tal y como ocurría en los SPCD, encontramos que entre un 19% y un 66,7% de personas con demencia utilizan al menos un neuroléptico y muchos de ellos durante años (Azón et al., 2016).

Según algunos autores los porcentajes más elevados de uso de estos fármacos se localizan en las instituciones de cuidados de larga duración (Azón et al, 2016). Según Burgueño (2008), entre un 50% y un 75% de las personas con demencia institucionalizadas toman antipsicóticos, mientras que únicamente un 16% de las personas con demencia que viven en comunidad los consumen.

Olazarán-Rodríguez et al. (2016) afirman que en nuestro país, en personas mayores institucionalizadas el porcentaje de uso de antipsicóticos es del 25%, cifra que concuerda con la más recientemente encontrada por Azón et al., (2016). Y de hecho, afirman que el consumo de éstos se ha elevado en los últimos años, mientras que los desórdenes psiquiátricos no han aumentado (Burgueño, 2008).

Estos datos son los que nos hacen pensar que este tipo de fármacos se utilizan con el fin de sujetar químicamente a las personas tal y como ocurría con las contenciones mecánicas.

Hay que tener en cuenta que los síntomas psicóticos se caracterizan porque son generalmente graves, persistentes en el tiempo, en ocasiones disruptivos, producen gran sufrimiento al paciente y su entorno y tienen escasa tendencia a la remisión espontánea. Y es cierto que la mayoría de las veces el tratamiento farmacológico de elección son los antipsicóticos. Por ello es importante saber que con los programas que persiguen erradicar las sujeciones químicas, no pretenden demonizar a los psicofármacos. Al contrario, es sabido que prescritos de forma adecuada alivian el sufrimiento y mejoran la calidad de vida de las personas con demencia ya que tienen indudables beneficios. Pero es especialmente relevante que no obviemos los efectos adversos potencialmente graves que se han descrito sobre ellos. Por eso, es importante que los facultativos que los prescriben tengan siempre presente la importancia de la valoración riesgo-beneficio (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

No cabe duda que tener en cuenta todos estos aspectos es una tarea complicada para los médicos que trabajan en centros residenciales. Y la convierten en más complicada aún el hecho de que haya escasez de ensayos clínicos en demencias concretas y que la ficha técnica no refleje la realidad de su uso. A este respecto, la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG), en el documento de consenso sobre el uso de antipsicóticos en personas mayores publicada en 2017, afirmaba que hay intereses económicos detrás de esto (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017).

No hay que olvidar que son las empresas farmacéuticas las encargadas de financiar las inves-

tigaciones y los ensayos sobre fármacos. Según la SEPG, hace más de diez años empezaron a realizarse investigaciones para revisar los efectos adversos de los antipsicóticos típicos y los atípicos. Algunos de los resultados de estas investigaciones realizadas en personas mayores comprobaron que los neurolépticos de segunda generación incrementaban el riesgo de accidentes cardiovasculares y de muerte. Esto afectaba sobre todo a pacientes con diagnóstico de demencia, ictus o riesgo vascular previo. De hecho, al ver estas contraindicaciones, el Ministerio de Sanidad incluyó la necesidad de un visado para poder utilizar estos medicamentos en personas mayores de 75 años. Tras estos ensayos, las empresas farmacéuticas cancelaron sus investigaciones y a día de hoy, y desde hace más de diez años, no hay nuevas indicaciones en las fichas técnicas de estos fármacos para personas mayores con demencia (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017).

Por estos motivos, los neurolépticos van a ser los grandes protagonistas de los proyectos de “Desatar químico”, en especial los típicos, pero también los atípicos. Existen publicaciones que señalan que algunos fármacos alternativos como por ejemplo algunos antidepresivos pueden ser una alternativa a los antipsicóticos (Seitz et al., 2011) y se señala la importancia de combinar las intervenciones en síndromes psicóticos con modificaciones ambientales y tratamientos no farmacológicos (Pol, 2018).

Los recientemente publicados criterios CHROME (Olazarán-Rodríguez et al., 2016), basándose en la investigación y la literatura, recomiendan en caso de presencia de síntomas psicóticos leves o moderados, comenzar con fármacos inhibidores de la colinesterasa en lugar de con antipsicóticos. Si los síntomas sean más graves, los expertos aconsejan intervenir con antipsicóticos atípicos (siempre que el tratamiento con inhibidores de la colinesterasa no haya sido efectivo). Es importante subrayar que, en ningún caso, se aconseja el uso de antipsicóticos típicos en población mayor mientras no exista diagnóstico de enfermedad psiquiátrica (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

b. Antidepresivos

Para hablar del uso de antidepresivos en la población mayor habría que tener presente que, como se comentaba en el capítulo de los SPCD, no es lo mismo el síndrome o trastorno depresivo que será susceptible de ser medicado, que la presencia de sintomatología depresiva o un síndrome de apatía, por lo que una correcta evaluación es especialmente relevante en este caso. Los factores que pueden estar implicados en el trastorno depresivo en la persona mayor son los procesos degenerativos, un factor médico como el dolor, la anemia, las infecciones o incluso los efectos de otros fármacos, los factores psicosociales como el duelo, el sentimiento de soledad, el trato de un cuidador o la institucionalización y el deterioro cognitivo entre otros (Cortajarena et al., 2016). Aunque estos factores estén implicados, el trastorno no puede ser explicado en su totalidad por ellos (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

En el siglo XX, la industria farmacéutica comienza a interesarse por la depresión y surgen las primeras autores que indican que la depresión podría tratarse con fármacos que produjeran un aumento de las monoaminas, asociado al aumento de producción de noradrenalina, dopamina y serotonina. En 1953, se lanza el primer fármaco de acción antidepresiva, un inhibidor de la monoamino-oxidasa (IMAO), llamado Iproniazida® y que se utilizó en pacientes afectados por tuberculosis. En la misma década, surgen también los antidepresivos tricíclicos, el primero de ellos fue la Imipramina®. El psiquiatra suizo Khun, en 1957 probó este fármaco en trescientos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y pese a no encontrar efectos antipsicóticos, sus efectos antidepresivos superaron los de cualquier otro fármaco conocido hasta aquella fecha (López-Muñoz, Assion, Alamo, García-García y Fangmann, 2008). Con los años y su uso, se descubrieron importantes efectos adversos asociados, por lo que la investigación continuó centrada en encontrar una mejor opción. En los años 80, surgieron los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), que siguen siendo como veremos a continuación, los fármacos de elección recomendados a día de hoy, aunque varios estudios indican que no van a ser siempre tan eficaces como se espera (Lobo y Serrano, 2005).

Desde la aparición de estos fármacos, la prescripción de antidepresivos comenzó a dispararse tanto en España como en otros países (Hemels, Koren y Einarrson, 2002). Lo que actualmente continúa ocurriendo, y cada día más trabajos señalan que se prescriben estos fármacos sin tener un diagnóstico de síndrome depresivo mayor, convirtiéndose en el año 2001 en uno de los tres fármacos más vendidos a nivel mundial (Lobo y Serrano, 2005). Pese a su gran éxito, no hay que olvidar que únicamente bloquean la recaptación de serotonina, lo que mejora su seguridad y tolerabilidad, pero disminuye su eficacia en casos graves (Cortajarena et al., 2016). Por ese motivo se convierten en fármacos de elección también los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRNS) también llamados antidepresivos duales.

Con el tiempo, se han lanzado al mercado farmacológico más antidepresivos, pero estos dos tipos de fármacos son los que más recomiendan los especialistas para su uso en personas mayores con demencia. El uso de los ISRS y los ISRN se ha demostrado también eficaz en trastornos derivados de la ansiedad. Aunque no debemos olvidar contraindicaciones asociadas como que los ISRS pueden agravar el síndrome apático o que cualquier antidepresivo puede incrementar el riesgo de caídas (González, 2017 y Olazarán-Rodríguez et al., 2016) o el síndrome maniforme (Olazarán-Rodríguez, et al., 2016).

Además, todas las guías de buenas prácticas siempre recomiendan priorizar un buen diagnóstico y evitar la sobreprescripción (Olazarán-Rodríguez, 2016) ya que en muchos casos en los que las causas del trastorno depresivo tengan que ver con factores psicosociales o el tipo de cuidados, los antidepresivos pueden resultar ineficaces. Por tanto es necesario, tal y como se ha mencionado en capítulos anteriores, una evaluación multidimensional y centrada en la persona.

Estos fármacos pueden tener un efecto rebote importante tras su retirada por lo que se aconseja, en el caso de ser efectivos, mantenerlos seis meses o un año y retirarlos muy paulatinamente (Fernández, Hernández, Garrido y González, 2018).

c. Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas se prescriben generalmente ante problemas de sueño y trastornos derivados de la ansiedad. Tal y como ocurría con los antidepresivos, la prescripción y consumo de benzodiazepinas se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas. Entre los años 2003 y 2010, en España hubo un incremento del 34% de consumo de benzodiazepinas, mientras que en otros países de la Unión Europea como en Portugal fue del 24%, en Italia el 4% y en Francia incluso hubo una disminución del 6% (Vicente et al., 2013). Actualmente la cifra continúa aumentando ya que según Rojas-Jara, Calquin, González, Santander y Vázquez (2019) la prescripción de benzodiazepinas a personas mayores en España no sólo no se ha frenado sino que ha continuado aumentando. Estos datos son especialmente alarmantes cuando hablamos de consumo en población mayor ya que como veremos posteriormente en este capítulo, la farmacocinética en población de mayor edad hace que este tipo de medicamentos se deposite y acumule más tiempo en el organismo, lo que a la larga provocará efectos adversos como somnolencia, ataxia, vértigos o caídas, entre otros (Rojas-Jara, Calquin, González, Santander y Vázquez, 2019).

De hecho, el estudio del balance riesgo-beneficio de su uso en personas mayores hace que cada día más autores y protocolos desaconsejen su uso a largo plazo dada su elevada acumulación en el organismo, su tolerancia y el grado de adicción que provocan (Baldwin, Woods, Lawson y Taylor, 2011 y Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

Por estos motivos es importante distinguir los tres tipos de benzodiazepinas existentes, y que se diferencian por su vida media, es decir, por el tiempo que tarda en eliminarse el 50% de su concentración del organismo. Distinguimos por tanto: 1. Las benzodiazepinas de vida media larga o con metabolitos activos, que dada su acumulación estarán totalmente desaconsejadas para su uso en personas mayores (Gac, 2012); 2. Las benzodiazepinas de vida corta, que no se acumulan en el organismo pero crean un mayor síndrome de abstinencia (Fernández, González y Peña, 2003) aunque algunas como el Lormetazepam® sí que están aconsejadas en personas mayores y 3. Las benzodiazepinas de acción media-corta como el lorazepam que serán los

fármacos elección en casos de alteración del sueño, aunque su prescripción siempre tendrá que estar acotada en el tiempo y tener varias revisiones debido a los importantes efectos adversos que han demostrado tener sobre la cognición (Fortea, Oriolo, Sanchez-Valle, Castellvi y Balcells, 2017).

Pese a que el uso de algunas benzodiazepinas de vida corta y vida media está indicado para alteraciones del sueño en personas mayores, la literatura indica que es imprescindible realizar intervenciones adecuadas a nivel ambiental y priorizar programas de higiene del sueño ya que su uso de manera continuada está asociado a un posible riesgo de pérdida cognitiva y aumento del riesgo de caídas (Richardson, Bennet y Kenny, 2015). En el caso de las personas institucionalizadas es importante conocer su historia y saber si previamente al ingreso ya tenían esos problemas de sueño, además de analizar correctamente la situación en la que la persona se encuentra. Como ya se ha comentado anteriormente, las rondas de los auxiliares por la noche, la institucionalización o incluso los ruidos que pueda hacer el compañero de habitación pueden ser susceptibles de empeorar el sueño de una persona, y en ese caso, el uso de medicación continuada, sin hacer modificaciones ambientales, no sería la mejor opción.

En general, con estos fármacos que presentan problemas de dependencia elevada, se aconseja su retirada o disminución de dosis tras una o dos semanas de tratamiento para comprobar si otras acciones son posibles o si persiste la problemática, excepto en la enfermedad por Cuerpos de Lewi en la que el tratamiento con clonacepam puede ser más duradero (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

d. Otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticas

En esta categoría se consideran otros hipnóticos o ansiolíticos no benzodiazepínicos como el Zolpidem®, o el Distraneurine® (clometiazol). Estos fármacos se han relacionado con efectos adversos como alucinaciones, agitación, vértigos, somnolencia, abotargamiento, caídas e incluso un mayor riesgo a padecer futuras demencias, por lo que su uso no es el más recomendado en población mayor (Homedes y Ugalde, 2014; Shih et al., 2015).

e. Inhibidores de la acetilcolinesterasa y memantina

Los Inhibidores de la Acetilcolinesterasa (ICE a partir de ahora) y la memantina son los únicos tratamientos que han demostrado un cierto grado de mejoría en la sintomatología de las personas que sufren Alzheimer (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty, 2017)

A nivel neurológico, la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una pérdida progresiva de neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal que emiten proyecciones activadoras al hipocampo y a la corteza cerebral y una anormal acumulación extracelular de proteína beta-amiloide y proteína Tau (Ubhi y Masliah, 2013).

Los ICE surgen como respuesta a una larga investigación en torno a la posible restitución de esa pérdida de neuronas colinérgicas. Cada día más estudios han demostrado que estos fármacos van a estabilizar el deterioro cognitivo de un porcentaje de personas que los tomen durante los inicios de su enfermedad (aproximadamente los nueve primeros meses). Tras ese periodo, el deterioro cognitivo dejará de frenarse y continuará al mismo ritmo que en personas no tratadas con ICE (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015). Pese a ser resultados modestos en cuanto a frenar el deterioro cognitivo, estos psicofármacos sí que han resultado eficaces en el tratamiento de los SPCD. Esto, junto con sus escasos efectos adversos (aunque no nulos), ha hecho que se considere como primera opción farmacológica en casos de síndrome psicótico, (antes que los antipsicóticos), también en el síndrome impulsivo (junto con la memantina) y en el síndrome apático (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

Por tanto, los ICE van a estar especialmente indicados para personas con enfermedad de Alzheimer en fases leve y moderada. Los fármacos más representativos de este grupo son el Donepezilo®, la Rivastigmina® y la Galantamina®.

En el año 2003 se autorizó la Memantina®, un antagonista parcial del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) del glutamato. A día de hoy, se considera el único fármaco que puede resultar útil en fases moderadas y graves de la enfermedad de Alzheimer. La memantina está especialmente indicada en casos de agitación en fases avanzadas de demencia (Dillon et al., 2013;

Herrmann, Rabheru, Wang y Binder, 2005; Wilcock, Ballard, Cooper y Loft, 2008). A nivel cognitivo, este fármaco también tiene modestos beneficios al igual que los ICE pero si que se considera efectivo en la agitación (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Por tanto, es importante destacar que tanto los ICE como la memantina, a nivel cognitivo no poseen grandes cualidades, sino que van a ser especialmente útiles en su uso en SPCD. Esto es importante porque estamos viendo en los últimos años un incremento considerable de su consumo, lo que encarece los costos de la enfermedad de Alzheimer por lo que una vez más, realizar un buen diagnóstico y valorar los riesgos, costos y beneficios es especialmente importante.

f. Antiepilépticos

El grupo de los fármacos antiepilépticos está compuesto por una heterogénea variedad de fármacos a los cuales en las últimas décadas se les atribuyen otras propiedades además de las antiepilépticas.

Por ejemplo, el ácido valproico (Depakine®) actúa facilitando la acción del GABA. Debido a esta acción, se ha utilizado como estabilizador del estado de ánimo y se ha comprobado la efectividad de este tipo de fármacos ante la presencia de algunos SPC en población geriátrica (Ettinger y Argoff, 2007).

En general, resultan ser fármacos bien tolerados por el organismo, con pocos efectos adversos (aunque no exentos de ellos) que revierten al retirar el tratamiento (Codesal-Julián et al., 2010).

Esto ha hecho que desplace a los tratamientos con litio en el trastorno bipolar en personas mayores. De hecho, se consideraría de primera elección en pacientes con diagnóstico de demencia, ICTUS o cardiopatía, entre otras. El resto de antiepilépticos como la Carbamapicina®, la Oxcarbacepina® o el Topiramato® pueden presentar mayores interacciones con otros fármacos y este último ha demostrado afectar a la esfera cognitiva. Por tanto, pese a ser

fármacos en general mejor tolerados que otros psicofármacos es conveniente realizar seguimientos sobre todo renales y hepáticos para descartar posibles efectos adversos que pese a ser moderados, de haberlos pueden ser muy graves (Codesal-Julián et al., 2010). En el caso de estos psicofármacos, tras un tratamiento efectivo se recomienda la retirada un año después del comienzo del tratamiento (Olazarán-Rodríguez et al., 2016)

tos adversos que pese a ser moderados, de haberlos pueden ser muy graves (Codesal-Julián et al., 2010). En el caso de estos psicofármacos, tras un tratamiento efectivo se recomienda la retirada un año después del comienzo del tratamiento (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

3.2.2. Prevalencia del consumo y eficacia de los psicofármacos

En general, se ha demostrado que todos los psicofármacos en población mayor incrementan el riesgo de caídas, especialmente en los días posteriores a que se instaure o incremente el tratamiento (Gimeno, Aguiar, Costa y Alves, 2017; Olazarán-Rodríguez et al., 2016). Aún así, el consumo es muy elevado en esta población con una prevalencia que varía de un 14% a un 66,7% dependiendo del perfil de la muestra, de los psicofármacos que se contemplen y de la modalidad del estudio (Azón et al., 2016; Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñoz-Schworchert, 2012; Pellicer et al., 2014). Además, el consumo de estos fármacos tanto en población geriátrica como en población adulta va en aumento en los últimos años. De hecho, a pesar de las advertencias, en nuestro país el consumo de ansiolíticos e hipnóticos no solo no han disminuido sino que han ido en aumento. En la tabla 4 se pueden apreciar los datos aportados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en el año 2019.

Los usos más elevados corresponden a las benzodiacepinas (Hollingworth y Siskind, 2010; Pellicer et al., 2014). En nuestro país se ha disparado el consumo de antidepresivos. La varia-

Tabla 4. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos en España del 2010 al 2018

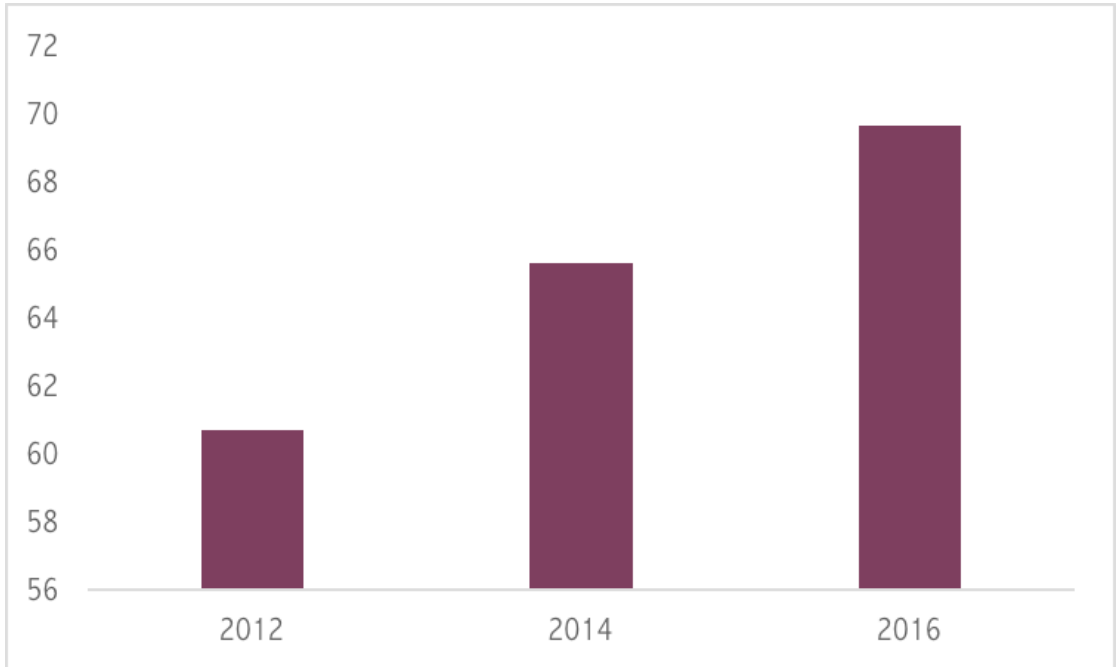
| | Ansiolíticos | Hipnóticos | Total |
|------|---------------------|-------------------|--------------|
| 2010 | 54,79 | 28,25 | 83,04 |
| 2011 | 54,9 | 29,04 | 83,94 |
| 2012 | 53,52 | 29,02 | 82,54 |
| 2013 | 55,16 | 29,82 | 84,98 |
| 2014 | 56,8 | 30,81 | 87,61 |
| 2015 | 56,34 | 30,91 | 87,25 |
| 2016 | 56,87 | 31,5 | 88,37 |
| 2017 | 56,24 | 31,66 | 87,9 |
| 2018 | 55,36 | 31,58 | 86,94 |

Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2019)

ción es muy visible (figura 6), variando de un 6,16% desde el año 2012 al 2016 y de un 17,73% desde el 2012 al 2016 (Coduras y Del Llano, 2018).

Una reciente encuesta realizada a la población de Bogotá concluyó que los motivos más fre-

Figura 6. Consumo de antidepresivos en España del 2012 al 2016



Fuente: Elaboración propia en base a los datos de Coduras y Del Llano (2018)

cuentas de uso de psicofármacos en la comunidad son por problemas de sueño, seguidos por ansiedad y depresión (Fajardo-Zapata, 2018) aunque según varios estudios se consumen más psicofármacos en personas institucionalizadas que en personas que viven en comunidad (Azón et al, 2016).

Por tanto, los SPCD son los principales responsables de que el consumo de estos psicofármacos vaya en aumento, aunque en la mayoría de los casos su eficacia es moderada y conllevan importantes riesgos (Azón et al., 2016; Ballard et al., 2009). Una vez más se vuelve a destacar la importancia de una buena evaluación de los SPC y el diseño de intervenciones que no con-

templen el uso de psicofármacos como única solución.

Tal y como se mencionaba al inicio del presente capítulo, el uso de contenciones mecánicas había disminuido considerablemente en nuestro país, y sin embargo, esta reducción contrasta con la todavía elevada prevalencia de sujeciones químicas (Muñiz et al, 2016). Muy lejos de disminuir su uso, el uso de psicofármacos en España va en un aumento considerable, lo que además de los efectos adversos que conlleva, afecta al gasto farmacéutico de nuestro país (Gómez-Aguirre et al., 2017).

El uso de psicofármacos en personas institucionalizadas es abusivo (Beltran-Aguirre, 2016) y además, estudios en centros residenciales han confirmado la relación entre la existencia de SPCD y el uso de antipsicóticos. En concreto un 44% de personas que presentan algún tipo de SPCD toman un antipsicótico o más, pese a los riesgos cardiovasculares y de muerte que conllevan (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza , 2017; Azón et al., 2016; Fort et al., 2010).

En población mayor institucionalizada el riesgo es mayor para todos los tipos de psicofármacos y su prescripción en muchas ocasiones no tiene una finalidad terapéutica, sino que responde a la conveniencia organizacional que ya describíamos al hablar de las sujeciones físicas, y en esos casos es cuando hablaremos de sujeciones químicas (Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

De hecho, las sujeciones químicas tienen varios denominadores comunes con las sujeciones físicas (Olazarán-Rodríguez, et al., 2016): son medidas impuestas de manera intencionada por terceros, se usan con la finalidad de privar de movimiento o de expresión a las personas y no tienen una finalidad terapéutica que pueda justificarse ya que se usan mayormente para controlar una conducta considerada por el centro como “inadecuada” o calificada como “disruptiva”.

Por ejemplo, tal y como se exponía en el anterior apartado de sujeciones físicas, es muy común su uso durante la noche para aumentar las horas en las que la persona permanece en la cama, evitar que la persona grite, deambule buscando escaparse o decida quitarse algún tipo de sonda o tocarse una herida. Pero es importante señalar también que muchos de estos fármacos, en vez de anular el SPCD, es posible que desencadenen otros, como es el caso de los

fármacos administrados en tratamientos de Parkinson que pueden provocar alucinaciones, por ejemplo (Herrera, 2010). Actualmente, un 4% de los tratamientos químicos y farmacológicos que salen al mercado, son retirados tiempo después por el descubrimiento de efectos adversos no cuantificados o desconocidos en el momento de su desarrollo (Gac, 2012).

Es inevitable preguntarse dados los riesgos que conllevan ¿cuáles son los motivos que hacen que el uso de sujeciones químicas vaya en aumento? Tal y como ocurría en el caso de las sujeciones físicas, aquí también vemos que a menudo los profesionales justifican la idoneidad del uso de sujeciones químicas como mejor tratamiento a los SPCD.

Además, a todo esto debemos sumar que culturalmente aguantamos muy poco el sufrimiento, propio o ajeno y esto se plasma en el incremento de gasto en antidepresivos (Olazarán-Rodríguez et al., 2016). Ello conduce a que en muchos casos queramos tratar duelos normales o situaciones emocionalmente estresantes con fármacos. Nuestra sociedad se empeña en creer que existen pastillas o gotas milagrosas para cualquier problemática (Olazarán-Rodríguez et al., 2016). Lo vemos cada día más en el mundo de la estética, por ejemplo, pastillas que promocionan una pérdida de peso instantánea o tratamientos rejuvenecedores. En el caso de los antidepresivos, ocurre algo similar. Se utilizan antidepresivos para aliviar duelos normativos y adaptativos, en lugar de ayudar a superar ese proceso. Autoras como Linda Teri, fue una de las pioneras en utilizar técnicas de terapia cognitivo-conductual para tratar la depresión en personas mayores con deterioro cognitivo, y ha reivindicado siempre el uso de psicoterapia en personas mayores, el uso de terapias no farmacológicas y una correcta evaluación de la problemática en este sector de la población (Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry, 1997). Actualmente esta autora continúa diseñando intervenciones no farmacológicas para mejorar el estado anímico de las personas mayores con demencia que implican a los cuidadores y que desarrollaremos en capítulos posteriores de nuestro trabajo (McCurri et al., 2017)

Es decir, en muchos casos, esta sobremedicación se realiza con la intención de mejorar, aliviar el sufrimiento y cuidar a la persona, tal y como ocurría en el caso de las sujeciones físicas, pero por ello es importante valorar todas las esferas y plantearse soluciones alternativas y por eso,

la investigación, los programas y la legislación al respecto son tan necesarios.

Banerjee, en el año 2009, en un informe que redactó sobre la situación en Londres, calculó que unas 36.000 personas de las 180.000 personas con demencia a las que se recetan antipsicóticos en el Reino Unido, no estaban recibiendo ningún beneficio de ellos, mientras que la prescripción inapropiada conducía hasta 1.800 fallecimientos adicionales cada año. Dado que mucha de esta prescripción es para controlar los SPCD que se dan por una etiología compleja en la que interviene el modelo de cuidados, un buen tratamiento solo se puede lograr garantizando que los centros y los profesionales estén dotados de las aptitudes y los conocimientos necesarios para ofrecer una atención de buena calidad sin exceso de sedación.

De hecho, muchos profesionales y familiares continúan pensando que la pérdida de reactividad y abotargamiento es una consecuencia inevitable de la demencia o del envejecimiento, sin embargo, cada día más autores opinan lo contrario. Vilalta-Franch, Calvó-Perxas, Garre-Olmo, Turró-Garriga y López-Pousa (2013) asociaron un mayor riesgo a presentar síntomas de apatía con el consumo de neurolépticos.

Esto se debe en muchos casos a la farmacocinética en la población mayor. Y es que se van a dar muchos cambios que la van a diferenciar notablemente de la población adulta. Los geriatras especializados en este sector son imprescindibles en los centros residenciales.

3.2.3. Farmacocinética en población mayor

Los cambios que provoca en el organismo el paso de los años hay que tenerlos en cuenta cuando hablamos de farmacología ya que la absorción, la distribución y la eliminación del fármaco del organismo son sustancialmente diferentes a las de una persona adulta joven. Por lo que, de la misma manera que tenemos en cuenta que un niño requiere distinta posología que un adulto, una persona adulta mayor también necesita especificidad en su tratamiento.

En primer lugar, la disminución de la motilidad intestinal, la hipoclorhidria o disminución del

jugo gástrico, modificaciones en el PH del estómago o la disminución del flujo sanguíneo intestinal y hepático, entre otras modificaciones, provocan alteraciones en la absorción del fármaco en el organismo. Estas modificaciones pueden ser cuantitativas o cualitativas, ya que puede que se absorba una menor cantidad de fármaco o puede que la velocidad de absorción se vea alterada (Salech, Palma y Garrido, 2016).

Una vez absorbido, pueden existir alteraciones en la distribución del fármaco en el organismo debidas a los cambios de la hidratación del cuerpo, de la masa muscular, de las proteínas, de la grasa o de la albúmina en sangre. La distribución del fármaco se hace a través de corriente sanguíneo por lo que estos cambios van a provocar que el organismo de un adulto mayor sea más sensible al efecto de las sustancias que absorbe y que la biodisponibilidad del fármaco sea mayor, lo que puede hacer que con dosis más bajas se alcance el objetivo deseado o que la dosis adecuada para un adulto joven, provoque en la persona mayor efectos inadecuados como la intoxicación (Salech, Palma y Garrido, 2016).

Una vez el fármaco se ha distribuido, se procede al metabolismo y eliminación del fármaco del organismo. En muchas personas mayores la capacidad metabólica del hígado y la función renal también sufren alteraciones lo que puede provocar una velocidad más lenta de eliminación (Salech, Palma y Garrido, 2016).

Todas estas alteraciones pueden repercutir en un aumento de concentración del fármaco en el organismo, lo que hace que sea necesario pautar dosis menores y sobre todo revisar periódicamente la utilidad del fármaco y valorar la continuidad del mismo. Son muy relevantes estas especificidades ya que un 30% de las hospitalizaciones están relacionadas con un mal uso de la medicación que puede provocar reacciones adversas, intoxicación, enfermedades indebidamente tratadas o no tratadas, entre otras (Gac, 2012).

En el caso de los psicofármacos es especialmente relevante ya que como definíamos al comienzo de este apartado, son sustancias que inciden en el sistema nervioso central y en el caso de las personas mayores la barrera hematoencefálica es más permeable. Los ensayos clínicos

son por tanto especialmente necesarios, pero sin embargo tal y como ya se ha expuesto, seguimos viendo escasez e insuficiencia de ellos en esta franja etaria y en los distintos tipos de demencias (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017; Gac, 2012; Olazarán-Rodríguez, 2016).

Quizás esto pueda explicar que en personas hospitalizadas se vean ocho veces más efectos adversos de psicofármacos en personas de 80 años que en personas de 30 años (Gac, 2012). Continúa habiendo mala praxis por parte de los especialistas que pautan medicación sin una revisión posterior y sin tener en cuenta estos cambios del organismo. Un ejemplo especialmente claro es el del Diazepam®, esta benzodiacepina es altamente liposoluble, por lo que en una persona mayor con niveles más elevados de lípidos (con colesterol, por ejemplo) y menor cantidad de albúmina como se ha comentado anteriormente, su vida media en el organismo se puede llegar a multiplicar por seis. Es decir, si la vida media de un Diazepam® en un adulto joven es de unas 20 horas, en una persona mayor puede ser hasta de 96 horas. Teniendo en cuenta que para eliminar completamente un fármaco del organismo hace falta cinco veces su vida media, un Diazepam® puede llegar a permanecer en el organismo de una persona mayor hasta 500 horas. Si el especialista pauta un Diazepam® diario a la persona, la acumulación en el organismo de este fármaco será muy elevada y a largo plazo podremos observar efectos como somnolencia, abotargamiento, pérdida de equilibrio o vértigos entre otras (Ruscín y Linnebur, 2018).

3.2.4. Polifarmacia

Se define como polifarmacia el uso concomitante de varios fármacos a la vez en una misma persona. Para que hablemos de polifarmacia debe llegar a un mínimo de fármacos. La literatura sugiere que sea entre tres y seis fármacos, pero la mayoría de estudios concuerdan en que se considere polifarmacia el uso de cinco fármacos simultáneos (Gac, 2012; Gomez-Aguirre et al., 2017; Richardson, Bennett y Kenny, 2015).

Es una problemática que afecta en gran medida a las personas mayores ya que por razones biológicas suelen verse afectados por pluripatología que lleva a los especialistas (centrándose en el modelo biomédico tradicional) a pautar fármacos sin revisar a menudo las posibles interacciones entre ellos. La prescripción de fármacos innecesarios, o las pautas de medicación que se receten para suplir los efectos de otro fármaco son algunas de las malas praxis que derivan en polifarmacia (Gac, 2012).

Por este motivo encontramos datos que indican que el 85% de las personas mayores se encuentran polimedicaos (Gómez-Aguirre et al., 2017) y que al contrario de lo que podríamos pensar, esta polifarmacia no se relaciona con mayores índices de supervivencia, sino más bien al contrario, estas personas se encuentran más expuestas a factores negativos como caídas, pérdida de peso, deterioro cognitivo y funcional y mayor probabilidad de hospitalización (Gómez-Aguirre et al., 2017).

Richardson, Bennett y Kenny (2015), realizaron un estudio longitudinal con población mayor de 50 años que vivía en comunidad en Irlanda. En sus resultados encontraron que la polifarmacia que contenía un antidepresivo se asoció con un mayor número de caídas y con una mayor gravedad de las consecuencias de dichas caídas, mientras que el uso de antidepresivos sin polifarmacia no se relacionó con este riesgo. El uso de benzodiazepinas también influyó en el riesgo de sufrir caídas estando o no asociado a polifarmacia, pero el uso de benzodiazepinas y polifarmacia se relacionó con peores consecuencias de las caídas.

El efecto de varios fármacos a la vez empeora cuantos más fármacos se utilicen, de forma que la probabilidad de que se produzca una interacción negativa entre ellos si tomamos cinco medicamentos simultáneamente es del 50%, mientras que si tomamos siete la probabilidad de que existan efectos adversos aumenta al 100% (Gac, 2012).

En el documento del Observatorio de personas mayores, Midiendo el progreso. Indicadores para las residencias (IMSERSO, 2011) que enumera una serie de indicadores de calidad que pueden entenderse como criterios que miden y definen la excelencia en los centros, el indi-

cador 3 habla del porcentaje de residentes con errores en la medicación informados en los últimos 30 días, y cita como incidencias: la no administración de un medicamento prescrito; la administración de una dosis equivocada; la administración del medicamento a una hora incorrecta; la administración de una medicina incorrecta; una combinación inapropiada de medicamentos. Sería interesante conocer, además, la adecuación de los fármacos a las enfermedades diagnosticadas, la revisión de los diagnósticos, la utilización de otras terapias no farmacológicas y su eficacia diferencial.

Por tanto, se considera imprescindible una buena prescripción basada en que existan indicaciones para su empleo, que se revisen las características individuales de cada persona para saber que existe una buena tolerancia, que se valore siempre bien el coste-beneficio y que se revisen periódicamente (Gómez-Aguirre et al., 2017). De hecho, en el año 2008, surgen en Irlanda los criterios STOPP/START (Screening Tool os Oler Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to right Treatment) que pretenden evaluar lo que denominan Prescripción Potencialmente Inadecuada (PPI) que equivale a la situación en la que los efectos adversos de un fármaco superan al beneficio clínico (Salgueiro et al., 2018). Estos criterios cuya versión más reciente pertenece al 2015 (Terol-Fernández et al., 2016), se han traducido al castellano y se consideran una herramienta útil y fiable para los profesionales aunque todavía se deben estudiar sus resultados en población Española (Salgueiro et al., 2018).

En resumen, el riesgo asociado a los tratamientos farmacológicos es especialmente relevante, y prueba de ello es la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que la OMS decidió crear en 2004. En esta línea, en 2017, la OMS se propuso un reto al que tituló "Medicación sin daños" (Sheikh, Dhingra-Kumar, Kelley, Kieny y Donaldson, 2017) con el objetivo de aunar opiniones de expertos, protocolos y consensos que guiasen a los profesionales en su práctica profesional. Estas guías, al igual que los recientemente publicados criterios CHROME (Olazarán-Rodríguez et al., 2016), aconsejan en mayor medida las intervenciones no farmacológicas como primera línea de intervención a la hora de actuar ante la presencia de SPCD (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017; Azón et al, 2016). El desconocimiento o la infraevaluación de las causas y de todas las esferas que pueden estar implicadas en la etiología de estas conductas hacen que

se tome como solución rápida y unilateral el uso de sujeciones físicas o químicas sin apostar por intervenciones que contemplen aspectos ambientales, rutinas, ejercicio físico u otros ejemplos que veremos en el siguiente capítulo, que preservarán en mayor medida la autonomía, dignidad, derechos y calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO 4

Terapias no farmacológicas

El término Terapias no Farmacológicas (TNF, a partir de ahora) ha tenido especial repercusión en los últimos años. Años en los que psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas o trabajadores sociales, entre otros, han luchado por dar al cuidado de personas dependientes el enfoque multidisciplinar que la geriatría ha demandado desde sus inicios. Estas técnicas muy sometidas a investigación han evolucionado, tal y como explicaremos en este capítulo, y se consideran a día de hoy esenciales a la hora de trabajar con personas con demencia (Cabrera et al., 2015).

Se entiende por TNF “cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” (Muñiz y Olazarán, 2009). Hay que diferenciar por tanto las TNF del modelo de cuidados, ya que las TNF son estructuradas, se pueden replicar y deben demostrar sus beneficios clínicos a nivel empírico (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty (2017) en una metarevisión de revisiones sistemáticas centradas en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas afirmaron que, aunque algunas intervenciones farmacológicas resultan eficaces en el tratamiento de los SPCD, la evidencia actual sugiere que las TNF basadas en el estudio multidimensional de la conducta deberían usarse como primera línea de tratamiento de estos síntomas siempre que sea posible debido a la falta de efectos secundarios asociados.

Existen varios tipos de TNF con enfoques y objetivos terapéuticos distintos, y aunque en muchas ocasiones han demostrado su efectividad, no en todos los casos hay evidencias de que exista realmente un impacto significativo (Cohen-Mansfield, 2001), debido en muchas ocasiones a que la calidad de los ensayos e investigaciones es baja (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Para describirlas y organizarlas nos basamos en la clasificación que proponen los autores Sán-

chez, Bravo, Miranda y Olazarán (2015), que distinguen las TNF recomendadas en la persona y las TNF recomendadas en el cuidador. En las TNF recomendadas en la persona distinguen: 1. Estimulación cognitiva; 2. Estimulación cognitiva enriquecida; 3. Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria; 4. Intervenciones conductuales; 5. Entrenamiento cognitivo; 6. Rehabilitación cognitiva; 7. Musicoterapia; 8. Reminiscencia y 9. Ejercicio aeróbico. En las TNF recomendadas en el cuidador diferencian: 1. Educación y asesoramiento del familiar cuidador; 2. Asesoramiento de la persona con demencia y el familiar cuidador; 3. Entrenamiento del cuidador profesional; 4. Programas para reducir sujeciones físicas y sujeciones químicas.

En la tabla 5 se esquematizan las distintas TNF que vamos a considerar en este trabajo y a continuación se presenta un breve análisis de cada una de ellas.

Tabla 5. Clasificación de las TNF

Terapias no farmacológicas recomendadas para la persona

| | |
|---|--|
| 1 | Estimulación cognitiva |
| 2 | Estimulación cognitiva enriquecida |
| 3 | Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria |
| 4 | Intervenciones conductuales |
| 5 | Entrenamiento cognitivo |
| 6 | Rehabilitación cognitiva |
| 7 | Musicoterapia |
| 8 | Reminiscencia |
| 9 | Ejercicio aeróbico |

Terapias no farmacológicas recomendadas para el cuidador

| | |
|---|---|
| 1 | Educación y asesoramiento del familiar cuidador |
| 2 | Asesoramiento de la persona con demencia y el familiar cuidador |
| 3 | Entrenamiento del cuidador profesional |
| 4 | Programas para reducir sujeciones físicas y sujeciones químicas |

4.1. Terapias no farmacológicas recomendadas para la persona

4.1.1. Estimulación cognitiva

Las personas tenemos una serie de capacidades cognitivas, motoras, funcionales, psicosociales y emocionales que nos van a permitir adaptarnos al entorno en el que nos encontremos y emitir respuestas ante los diferentes estímulos que se nos presenten en nuestro día a día. Teniendo en cuenta que estas capacidades o funciones se desarrollan y se van perfeccionando a través de las experiencias y la práctica, lo que pretende la estimulación cognitiva es crear actividades concretas que vayan a desarrollar estas capacidades. Es decir, la estimulación cognitiva es un conjunto de técnicas y estrategias destinadas a facilitar la práctica de las capacidades y funciones a través de sesiones concretas diseñadas previamente (Muñoz et al., 2009).

Las intervenciones se harán a través de sesiones grupales destinadas a trabajar las distintas esferas de la función cognitiva como por ejemplo las funciones ejecutivas, la memoria, la orientación, el lenguaje o la capacidad viso-espacial entre otras.

Estas sesiones van a ser especialmente efectivas en personas que se encuentren entre los estadios cuatro y seis de la Escala de Deterioro Global (GDS a partir de ahora) de Reisberg (Reisberg, Ferris, de Leon, Crook, 1982), es decir, entre fases de deterioro moderado a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Es importante señalar que hasta el momento no se han encontrado investigaciones que afirmen que este tipo de intervenciones vayan a recuperar las funciones cognitivas que ya hayan sufrido un deterioro, sino que van a procurar, en el mejor de los casos, ralentizar el progreso de ese deterioro. Por tanto, el objetivo que nos planteemos debe ser realista e intentar no frustrar a los participantes.

Estas sesiones poseen beneficios que los tratamientos farmacológicos no van a tener, como mejorar la sociabilización de las personas al trabajar en sesiones grupales con otros compañeros, ser totalmente personalizables y poder adaptarse a gustos y necesidades de cada persona, disminuir los costos de la enfermedad y evitar los efectos adversos de los fármacos entre otros (Ballard et al., 2016). Por estos motivos se consideran útiles incluso en fases previas al deterioro (Carballo-García, Arroyo-Arroyo, Portero-Díaz y de León, 2013).

4.1.2. Estimulación cognitiva enriquecida

La gran diferencia entre estos programas y los vistos previamente es que estos no sólo se centran en las capacidades cognitivas, sino que pretenden abordar en conjunto otros factores tales como la afectividad, la funcionalidad, la conducta, los SPCD o la esfera psicosocial. Es decir que pretenden intervenir de manera integral a través de sesiones que contemplen todas estas funciones. Por ejemplo, serán sesiones de estimulación cognitiva con ejercicio físico, con reminiscencia o en las que se trabajen las actividades básicas de la vida diaria. Los profesionales pueden ser creativos y diseñar sesiones temáticas que vayan a motivar a los participantes mientras trabajan los objetivos que se planteen.

En este caso la efectividad es mayor en personas entre los estadios tres a cinco de la escala GDS, es decir, en fases de leve a moderado-grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.1.3. Entrenamiento de actividades de la vida diaria

Uno de los criterios del DSM-V (APA, 2013) para realizar un correcto diagnóstico de la demencia es que pueda afectar a la autonomía de la persona. Algo que además repercute significativamente en su calidad de vida ya que es complicado emocionalmente dejar de ser una

persona independiente. Por ello, una intervención en auge en los últimos años para trabajar en esta área es el entrenamiento en actividades de la vida diaria, que se centra en las capacidades funcionales de la persona y pretende que no se pierda esa capacidad de ejecución autónoma. El hecho de trabajar con situaciones cotidianas que debido al deterioro comienzan a resultarnos desafiantes, dan resultados positivos y útiles para la persona, su sentimiento de autoeficacia y su entorno (Gajardo y Aravena, 2016).

Estas sesiones se recomiendan a las personas con demencia en estadios de tres a seis de la escala GDS, es decir, en las fases que van de deterioro leve a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.1.4. Intervenciones conductuales

Tal y como se ha descrito en el capítulo de los SPCD, el análisis de la etiología es muy importante para poder incidir en ella. Por ello, muchos trabajos afirman que para conseguir una intervención óptima es imprescindible estudiar minuciosamente sus causas o determinantes (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015 y Oliveira et al., 2015).

Estas intervenciones se basan por tanto en analizar los antecedentes, las consecuencias y todo lo que puede afectar a los comportamientos de las personas con demencia para poder trabajar posteriormente en ello. Es imprescindible para ello la colaboración de sus principales cuidadores, sea éstos profesionales o no, ya que ellos serán quienes nos puedan proporcionar la mayor parte de la información. Incluso cada vez más autores, basándonos en el modelo de atención centrada que pone a la persona en el centro de nuestras intervenciones, reivindican que se les pregunte a ellos, tengan el deterioro cognitivo que tengan ya que en muchas ocasiones van a ser capaces de expresar emociones o necesidades (Mitty y Flores, 2007)

Es muy común por ejemplo, en guías de manejo de alteraciones conductuales, que nos encontremos ante episodios de agitación o agresividad en personas con un deterioro cognitivo

moderado o grave que han perdido la capacidad de expresarse correctamente, y donde en vez de haber una conducta agresiva per se, hay un dolor físico que no puede ser expresado y comunicado, de forma que, en este caso, sería importante realizar una completa evaluación del dolor y probar con un tratamiento analgésico en vez de optar directamente por el uso de neurolépticos (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty, 2017).

Es muy útil también en problemas de sueño en ámbito residencial ya que una correcta evaluación de la conducta puede darnos información relevante acerca de si hay motivos psicosociales por los que la persona pueda estar más nerviosa, si duerme en exceso durante el día y lo que ocurre es que tiene el ritmo sueño-vigilia cambiado o si está pasando por algún tipo de proceso agudo como una infección.

Esta intervención es especialmente interesante a la hora de pretender intervenir sobre los SPCD y es altamente recomendable en los estadios cuatro a seis de la escala GDS, es decir, en fases de deterioro moderado a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

García-Alberca (2015), afirma que las terapias no farmacológicas deben ser consideradas como una primera opción para el tratamiento de los SPC, y no únicamente considerarlas para intervenir en aspectos funcionales y cognitivos asociados a la demencia. Además, van a repercutir positivamente en la autoconfianza y el bienestar psicológico de las personas con demencia, aliviando también la carga y el sufrimiento de los cuidadores.

4.15. Entrenamiento cognitivo

El entrenamiento cognitivo, se basa en la metáfora de que el cerebro es un músculo que debe entrenarse con constancia. Esta técnica sostiene que ejercitando las distintas capacidades cognitivas (como las funciones ejecutivas, el lenguaje o la memoria) que poseemos, se consigue una mejoría general (Fernandes-Lopes y Argimon, 2016). Las sesiones pueden ser grupales pero será conveniente que se personalicen los objetivos individualmente.

En este caso, la literatura encuentra un efecto más modesto (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015) que en las citadas previamente ya que como hemos dicho estas terapias no van a plantearse el objetivo de mejorar la esfera cognitiva de la persona que sufre demencia, sino que más bien van a lograr ralentizar el progreso.

Estas sesiones serán especialmente efectivas en personas con un deterioro de tres a cuatro en la escala GDS, es decir un deterioro entre leve y moderado (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.1.6. Rehabilitación cognitiva

El término cognitiva surge a finales de 1980. Esta técnica se basa en el principio de neuroplasticidad, es decir, en que una capacidad que se ha deteriorado por culpa de la enfermedad, somos capaces de reaprenderla a través de rehabilitación.

Las sesiones van a ser individualizadas ya que hace falta una buena evaluación e intervenir concretamente en las funciones deterioradas que se propongan recuperar (Fernandes-Lopes y Argimon, 2016). Van a estar recomendadas sobre todo para personas que tienen algún tipo de deterioro cognitivo por patología o lesión.

Según Ginarte-Arias (2002), los aspectos que distinguen a la rehabilitación cognitiva de otras técnicas son que 1. Tienen un carácter terapéutico ya que únicamente pueden aplicarse a personas con un deterioro cognitivo previo, no pueden aplicarse a cualquier tipo de persona como en el caso de la estimulación cognitiva; 2. Se trata de una intervención adaptada a las necesidades de cada persona, por lo que siempre será individualizada y específica para cada caso, en ningún momento se podrá hacer una rehabilitación generalizada y 3. Se basa en el reentrenamiento ya que trabaja una función afectada previamente.

Esta técnica resulta más interesante para trabajar la autonomía en las actividades de la vida diaria en personas con un deterioro de tres a cuatro en la escala GDS, es decir, un deterioro

cognitivo leve o moderado. (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.1.7. Musicoterapia

En el año 1996, La federación mundial de la psicoterapia definió esta técnica como «la utilización de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta profesional, con un paciente o grupo, en un proceso diseñado para promover y facilitar la comunicación, la interacción, el aprendizaje, la movilidad, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos para trabajar las necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas de las personas» (Gómez-Romero et al., 2017).

El hecho de que la música sea un elemento tan multicultural e instintivo hace que en casos en los que el deterioro cognitivo ha afectado al lenguaje, al razonamiento o a la comprensión del mundo que nos rodea, ciertas habilidades relacionadas con los ritmos y la música se conservan. Por ello encontramos casos tan curiosos y emocionantes en los que una persona que no es capaz de vocalizar una palabra sea capaz de interpretar una pieza musical con un instrumento que tocaba cuando era joven (Martí y Mercadal-Brotons, 2008) o que recuerde la letra entera de una canción una persona que había olvidado incluso el nombre de su marido.

Las sesiones de musicoterapia van a poder realizarse tanto individualmente como en grupos, y esta destinada a mejorar el conocimiento del entorno, promover la atención, mejorar la comunicación, la afectividad y la conducta (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Respecto a la efectividad, hay revisiones que han encontrado que dentro de las TNF, la musicoterapia es la más beneficiosa en fases moderadas de la demencia (Jiménez-Palomares, Rodríguez-Mansilla, González-López-Arza, Rodríguez-Domínguez y Prieto-Tato, 2013), y otras que afirman que su efectividad destaca en la intervención de SPCD como por ejemplo en la agitación (Abraha et al., 2017; Pedersen, Andersen, Lugo, Andreassen y Sütterlin, 2017).

Aunque otras revisiones que señalan que existen escasos ensayos clínicos y controlados para

afirmar que estos beneficios existen realmente por lo que reivindican más investigación al respecto con mayor calidad metodológica, muestras mayores y que las intervenciones estén guiadas por un musicoterapeuta profesional tal y como indica su definición ya que en muchos de los trabajos las sesiones las guía un músico o un terapeuta ocupacional (Dyer, Harrison, Laver, Whitehead y Crotty, 2017; Gómez-Romero et al., 2017 y Vink, Bruinsma y Scholten, 2003).

Esta intervención está especialmente indicada en personas con un deterioro de tres a siete de la escala GDS, es decir en fases que vayan desde leve hasta muy grave y tiene mayor repercusión en el tratamiento de los SPCD (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.1.8. Reminiscencia

La terapia de la reminiscencia surge en los años 70. Es una actividad que se realiza de manera grupal y que se basa en estimular la evocación de eventos pasados. Los inicios de la reminiscencia se remontan al trabajo de Butler “Life Review” que publicó en 1963 y expone que la revisión de la vida en la edad adulta puede promover la integridad e identidad personal. En ese momento, el repaso de la vida deja de verse como algo negativo que vaya a empeorar el estado anímico de la persona mayor y comienza a plantearse la revisión de vida como una oportunidad útil y de ajuste en esta etapa (Woods, O’Philbin, Farrell, Spector y Orrell, 2018).

Pese a ser una actividad que se suele realizar a nivel grupal, es imprescindible tener en cuenta la historia de vida, vivencias personales y recuerdos significativos ya que son los que mayor contenido emocional van a suscitar (Woods, O’Philbin, Farrell, Spector y Orrell, 2018). Las sesiones pueden contemplar gran variedad de estímulos como por ejemplo canciones, revistas o películas de su juventud, fotografías de familiares, fotos o vídeos de su pueblo natal o incluso practicar habilidades que les recuerden épocas de su vida (Irazoki, García-Casal, Sánchez-Meca y Franco-Martín, 2017). El objetivo principal es revivir recuerdos y cuanto más información poseamos de las personas con las que vamos a trabajar, más significativos serán.

Actualmente existe mucha literatura que apoya la utilidad de estas sesiones, algunos trabajos han demostrado beneficios en sintomatología depresiva, en la mejoría del bienestar psicológico (González, Mayordomo, Torres, Sales y Meléndez, 2015) y en la disminución de la agitación (Mayordomo, Sales, Redondo, Torres y Bendicho, 2016)

A nivel cognitivo, también se han encontrado resultados que la recomiendan, aunque en muchos casos los resultados son menos significativos que en el caso de la afectividad. La reciente revisión de Irazoki, García-Casal, Sánchez-Meca y Franco-Martín (2017) no encontró que la reminiscencia tuviera un gran impacto sobre la calidad de vida ni sobre la disminución de los SPCD pero si que refuerza que es una intervención que debe considerarse en demencia debido a su bajo coste y los sentimientos positivos que suscita en los participantes.

Esta intervención, por tanto, está especialmente indicada en personas con un deterioro de cuatro a seis de la escala GDS, es decir en fases moderadas y graves y tiene mayor repercusión en el tratamiento de la afectividad y la cognición (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.1.9. Ejercicio aeróbico

Dentro de las TNF, las intervenciones que contemplan el ejercicio físico siempre se han considerado una alternativa atractiva o una buena actividad complementaria a los tratamientos farmacológicos.

Entendemos por ejercicio físico los movimientos planificados, estructurados y definidos que se producen a través de actividad muscular y fomentan el gasto de energía (Forbes, Forbes, Blake, Thiesen y Forbes, 2015), aunque cada día más estudios sugieren que el tipo de actividad física que es beneficioso para la salud es el ejercicio aeróbico moderado (Angevaeren, Aufdemkampe, Verhaar, Aleman y Vanhees, 2008; Groot et al., 2016) y que un ejercicio más intenso no produciría efectos beneficiosos adicionales (Groot et al., 2016).

Desde hace años, algunos estudios han demostrado que la actividad física podría retrasar el

inicio de la demencia (hasta un 50%) en personas sanas y incluso retrasar el deterioro cognitivo en personas con diagnóstico de demencia inicial (Forbes et al, 2008; García-Molina, Carbonell y Delgado, 2010; Groot et al., 2016; Rodakowski, Saghafi, Butters y Skidmore, 2015). Se ha demostrado que algunas capacidades cognitivas van a mejorar más que otras gracias a esta actividad, por ejemplo, la velocidad de procesamiento y la atención visual y la atención auditiva (Angevaren, Aufdemkampe, Verhaar, Aleman y Vanhees, 2008).

Además de esta mejoría de la cognición, también se ha contemplado que el ejercicio vaya a fomentar la capacidad funcional de las personas con demencia y que este beneficio es independiente del tipo de demencia (Groot et al., 2016).

Hay revisiones que afirman que el ejercicio físico moderado y adaptado a esta población se asocia a un menor riesgo de mortalidad por sus efectos positivos a nivel cardiovascular, que se asocia a un menor riesgo de caídas y que a nivel psicosocial previene el aislamiento, la sintomatología depresiva y los trastornos derivados de la ansiedad (García-Molina, Carbonell y Delgado, 2010) por lo que influye en el sentimiento de autoeficacia de las personas y su calidad de vida, siendo una terapia de muy bajo coste.

Por la variedad de sus beneficios tanto físicos, cognitivos, funcionales y psicosociales, varias revisiones la consideran como imprescindible en el tratamiento de la demencia (Angevaren, Aufdemkampe, Verhaar, Aleman y Vanhees, 2008; García-Molina, Carbonell y Delgado, 2010) aunque algunas no han encontrado que sus efectos sean significativos (Forbes, Forbes, Blake, Thiesen y Forbes, 2015; Littbrand, Stenvall y Rosendahl, 2011; Öhman, Savikko, Strandberg y Pitkälä, 2014).

Pero en general la literatura apoya que esta intervención resulta especialmente positiva a nivel cognitivo y funcional para personas con un deterioro cognitivo entre los estadios tres y siete de la escala GDS, es decir, entre fases de deterioro leve y muy grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.2 Terapias no farmacológicas recomendadas para el cuidador

Los síntomas cognitivos, funcionales y conductuales asociados a la demencia provocan mucho sufrimiento a las personas que los padecen, pero no hay que olvidar la carga física y emocional que van a suponer para su entorno. En ambiente comunitario, las conductas disruptivas suponen una carga física y emocional muy dura para los familiares que en la mayoría de los casos no saben cómo deben gestionar. El cuidador de una persona con demencia se enfrenta a retos y desafíos diarios que hacen que su calidad de vida también se vea comprometida. El cansancio, las dudas, los pensamientos negativos y el estrés rodean las tareas del cuidado van a afectar a su salud física y emocional. Por ello es lógico, que si a toda esta carga, le sumamos conductas como delirios o agitación que no estamos acostumbrados a gestionar, se opte por pedir una solución rápida y eficaz al especialista que en muchos casos serán psicofármacos, medidas de sujeción física o la institucionalización de la persona.

Esta misma problemática se da también en los centros asistenciales. En los que poco personal se encarga de un grupo de personas con demencia y conductas muy variadas a las que en muchas ocasiones no se les presta la atención adecuada, lo que puede provocar situaciones disruptivas que alteren a otros residentes o les pongan incluso en peligro.

Se han descrito en el apartado anterior técnicas no farmacológicas que podrán ayudar a paliar los síntomas negativos que vienen asociados a las demencias (Livingston et al., 2005) pero al trabajar en este ámbito no podemos olvidar trabajar también con sus cuidadores ya que son las personas que más les conocen y su labor también repercute en las intervenciones que planteemos.

Los autores Izal y Montorio (1999) en un trabajo que destacaba la importancia del estudio de la conducta en gerontología, afirmaron que la efectividad del tratamiento descansa en las personas que proporcionan los cuidados, quienes tienen la responsabilidad de incidir, establecer y mantener un régimen de tratamiento adecuado. Son esenciales, y de su colaboración depende en buena medida el éxito de la intervención. Al fin y al cabo, no debemos olvidar que son los cuidadores, sean profesionales o no, quienes más tiempo están con las personas dependientes por lo que van a ser quienes mejor les conozcan y puedan evaluar, comprender y asesorarnos en el seguimiento de la intervención. Por ello es imprescindible preocuparnos también de su salud física y emocional ya que un cuidador debe estar bien para poder cuidar bien (Arias, Saavedra y Avilés, 2017; Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006).

4.21. Educación y asesoramiento del familiar cuidador

Cuidar a un familiar con demencia no es una tarea fácil. Se juntan las dificultades físicas con las emocionales y el estrés al que se exponen aumenta la carga y la depresión en el cuidador (Feast, Moniz-Cook, Stoner, Charlesworth y Orrell, 2016).

Además, los recursos de los que dispone nuestro país para ayudar a estas familias son insuficientes, teniendo en cuenta las cifras que el envejecimiento poblacional pronostica y los trabajos que los evalúen son escasos (Losada et al., 2015).

Es cierto que es un tema complejo ya que no existe una única forma de cuidar adecuadamente (Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo, 2004). Lo que varios estudios han determinado es el perfil habitual del cuidador no formal, que suele ser mujer, sin trabajo remunerado, familiar de primer grado de la persona que requiere los cuidados, con pocos estudios y de mediana edad (García-Cueto y García-Martínez, 2017).

La escala que se utiliza habitualmente para evaluar la carga del cuidador no formal es la Escala de Carga de Zarit, a través de la cual los autores Turró-Garriga et al. (2008), encontraron que la agresividad, la apatía, la irritabilidad, la edad del cuidador y su relación familiar son los factores que más se relacionan con la carga del cuidador no profesional. En esta línea, una revisión sistemática sobre la relación entre los SPCD y el bienestar del cuidador no encontró resultados significativos debido a los múltiples factores que influyen en el bienestar, pero si que concluyó que la irritabilidad, la conducta motora aberrante y los delirios estaban estrechamente relacionados con la angustia (Feast, Moniz-Cook, Stoner, Charlesworth y Orrell, 2016).

Por tanto, y dada la elevada prevalencia de estos síntomas y la importancia del bienestar del cuidador es necesario que se establezcan programas de educación y asesoramiento acerca del cuidado que vayan a poder ayudar a estas familias (Valle-Alonso, Hernández-López, Zúñiga-Vargas y Martínez-Aguilera, 2015).

La educación contempla la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas por mientras que el asesoramiento contempla una valoración individualizada de la situación, educación y otros recursos, en función de las necesidades de cada familiar (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Ambas van a estar indicadas en fases de 4 a 6 en la escala GDS, es decir en fases moderadas y graves y van a ser especialmente útiles en mejorar el estado anímico del cuidador y retrasar la institucionalización de la persona (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Estos recursos tan beneficiosos y necesarios han aumentado en los últimos años ya que se ha puesto en relieve sus beneficios, aunque continúan resultando insuficientes (García-Cueto y García-Martínez, 2017).

4.2.2. Asesoramiento de la persona con demencia y el familiar cuidador

Esta intervención se realiza en el domicilio de manera individualizada y por tanto totalmente personalizada. La evaluación de la situación la puede hacer cualquier especialista en atención a la dependencia y en base a las necesidades proponer los recursos o profesionales más adecuados.

Este tipo de intervenciones se convierten en necesarias ya que hay estudios que sugieren que los cuidadores no formales rechazan asistir a sesiones de educación y asesoramiento para familiares, o bien porque perciben que tienen poco tiempo para asistir, o bien porque creen no necesitarlas (Losada-Baltar, Izal-Fernández de Trocóniz, Montorio-Cerrato, Márquez-González y Pérez-Rojo, 2004). El asesoramiento en el hogar de la persona con demencia y el cuidador no formal estará indicada en fases de 4 a 6 en la escala GDS, es decir en personas con un nivel de deterioro de moderado a grave, y es especialmente útil para mejorar la calidad de vida de la persona con demencia y de su cuidador (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.2.3. Entrenamiento del cuidador profesional

Como se ha expuesto al inicio de este apartado, gran parte del éxito de los cuidados y de la intervención propuesta por los expertos reposa en los cuidadores. Por tanto, si es importante en personas que viven en comunidad, también lo es en personas que viven en entornos residenciales.

Una reciente revisión de Kong, Choi y Evans (2017), concluyó que en los centros asistenciales la formación es insuficiente ya que en la mayoría de los casos son profesionales sanitarios con escasa formación en temas referentes a la esfera conductual y emocional los que van a observar y manejar los SPCD.

Los autores Izal, Losada, Márquez y Montorio (2003), realizaron una encuesta para evaluar hasta qué punto los gerocultores de un centro asistencial se sentían capacitados y formados para manejar las situaciones a las que se enfrentaban diariamente y atender adecuadamente a las personas mayores. Los resultados mostraron que únicamente 5,5 de cada 10 trabajadores se sienten con la competencia suficiente como para controlar adecuadamente los problemas de conducta o las testaduras a las que hacen frente cada día por lo que la educación, formación y asesoramiento a estos profesionales es totalmente imprescindible. El Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, estableció la necesidad de que se contemplara un subtema dedicado al apoyo al paciente en la formación de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería pero al examinar los contenidos, son necesarios más aspectos acerca de pautas comunicativas y manejo ambiental de los síntomas que redean el deterioro cognitivo y las demencias.

Es especialmente importante ya que como se explicaba en el capítulo de los SPCD, la calidad de los cuidados repercute en la frecuencia y gravedad de estos síntomas, que a su vez van a incidir en el estrés y la carga de los cuidadores y además van a ser en muchos casos la razón por la que se opte por el uso de sujeciones físicas y químicas. Por tanto, también van a afectar al bienestar físico y emocional de cuidadores profesionales y de la propia persona.

Cada día más autores subrayan la necesidad de que los cuidadores profesionales tengan unos conocimientos óptimos que puedan aplicar en su día a día (Farran et al., 2007; Huang et al., 2013; Tan, Ramirez, Soh y Ercoli, 2017; Teri, Huda, Gibbons, Young y Van Leynseele, 2005). Por lo que se han considerado necesarios los trabajos que indiquen las áreas en las que los profesionales requieren de mayor formación.

Los autores Sarre et al. (2018), han señalado en un estudio realizado con los trabajadores de tres hospitales del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, la importancia de las habilidades comunicativas de los cuidadores al trabajar con personas con deterioro cognitivo o demencia, por lo que consideran que las organizaciones deben priorizar estos temas y que las formaciones deben ser lo más prácticas posibles.

Siguiendo esta línea, Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, (2017). Llevarán a cabo en un centro residencial de la Comunidad Valenciana un estudio de necesidades formativas que tenía como objetivo evaluar qué áreas debía contemplar una formación de cuidadores profesionales en ámbito residencial. Los resultados de esta investigación concluyeron que el personal sanitario no es conocedor de los aspectos teóricos y prácticos que rodean los SPCD. Se concluyó que los profesionales de atención directa tienen conocimientos escasos o confusos acerca de los SPCD, lo que hace que el manejo de los mismos no responda a las necesidades de las personas, sino que dependa del estilo personal de cada trabajador. En muchos casos los profesionales no comprenden la demencia ni los procesos que subyacen a los SPCD por lo que verbalizaron considerar “graciosos” algunos episodios de alucinaciones o normalizar la sintomatología apática. Este estudio demuestra que es necesaria la formación y la sensibilización acerca de estos síntomas. La rutina y el trabajo al que están expuestos diariamente estos trabajadores puede llevar a que en muchas ocasiones se consideren normales ciertas conductas que son realmente estresantes para la persona. Esta falta de empatía y de comprensión puede llevar a situaciones de edadismo u ostracismo muy presentes en ámbito residencial (Martínez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016; Pinazo-Hernandis, 2013). Siguiendo el trabajo de Tom Kitwood (1992), en el que el autor sugería la necesidad de realizar un juego de roles, y que las personas cuidadoras se convirtieran por unos minutos en la persona con demencia. Kitwood afirma que la comprensión era necesaria para desarrollar la empatía indispensable para cuidar y acompañar adecuadamente a las personas con demencia.

Una última cuestión que contempló este trabajo (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017) es la necesidad percibida de esta formación por parte de los propios empleados. Todos los participantes concluyeron que esta formación era necesaria y no únicamente para los profesionales de atención directa sino también para equipo técnico y el personal de limpieza y servicios, quienes también se enfrentan a estas situaciones sin tener una formación previa específica sobre el tema.

Reis, Dalpai y Camozatto (2013) realizaron una revisión de trabajos que contemplaran formaciones impartidas a trabajadores de centros asistenciales. Los autores consideraron tanto

formaciones de enfermería como de psicología y señalaron la ausencia del procedimiento y los contenidos de los cursos. Por tanto, y argumentando su elevada eficacia, los autores señalan la necesidad de que los programas describan detalladamente la intervención para facilitar la replicabilidad de las propuestas formativas.

De hecho, existen pocos programas con una buena evaluación y con la información necesaria para que sean replicables (Spector, Orrell, y Goyder, 2013). Uno de los programas pioneros y que han sido muy validados es el programa STAR: A Dementia-Specific Training Program for Staff in Assisted Living Residences creado a comienzos de este siglo (Teri, Huda, Gibbons, Young y Van Leynseele, 2005) pero que continúan implantando actualmente (McCurry et al., 2017). Los programas STAR se basan en transmitir estrategias conductuales básicas, educación acerca de la demencia, mejoras en la comunicación con personas con demencia, estrategias de resolución de problemas e implementación de eventos agradables que obtengan beneficios en el estado anímico. Los autores han sacado una versión para trabajar con personas con demencia que viven en comunidad que es el STAR-C (McCurry et al., 2017).

Estos autores, como una de sus últimas mejoras e innovaciones al programa han diseñado la versión TELE-STAR (Lindauer et al., 2018), un proyecto de teleformación para abaratar costos del programa y que sea más accesible para las empresas y sus trabajadores.

La eficacia de estos programas formativos se encuentra a día de hoy muy secundada por la literatura (Abraha et al., 2017; Kuske et al., 2007; Legere, McNeill, Schindel, Acorn y An, 2018). La comprensión e instrucciones de manejo general de estos síntomas mejora la capacitación y el sentimiento de autoeficacia de los cuidadores formales.

Esto resulta especialmente importante ya que estos profesionales son quienes pasan mayor tiempo con las personas mayores, por lo que deben ser capaces de detectar y comunicar al equipo técnico su presencia para que éstos evalúen y diseñen intervenciones óptimas. Si estos profesionales de atención directa normalizan este tipo de conductas y no las detectan como signos de alarma, es posible que no se diseñen las pautas convenientes.

Estas formaciones o entrenamientos a cuidadores profesionales van a estar por tanto especialmente indicadas para la disminución de los SPCD en ámbito residencial y serán útiles sobre todo para las personas que se encuentren en fases de cuatro a siete en la escala GDS, es decir en fases de deterioro moderado a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

4.2.4. Programas para reducir sujeciones físicas y sujeciones químicas

Ya se ha expuesto en este trabajo los beneficios que se obtienen con la retirada de sujeciones físicas y químicas (Cohen-Mansfield y Werner, 1995; Muñiz et al., 2016), por lo que es imprescindible que esta información llegue a los profesionales de los centros asistenciales y para ello la formación es imprescindible.

Burgueño (2008), afirma que el personal de atención directa es el colectivo con mayor probabilidad de sufrir estrés y carga en su trabajo diario y sin embargo son quienes menos formaciones o asesoramiento suelen poseer. Por ello, y por no tener conocimientos sobre alternativas ambientales o sobre sus efectos adversos son en muchos casos quienes más demandan el uso de sujeciones físicas y químicas.

Es el equipo técnico del centro, formado por figuras como el médico, el psicólogo o el fisioterapeuta entre otros, el encargado de generar pautas no farmacológicas, pero si éstas no llegan adecuadamente a los auxiliares de enfermería o no las comprenden, es muy posible que se vean frustrados por no poder asegurar la “seguridad” que creen que proporcionan las sujeciones.

En cierta medida, estos profesionales se sienten responsables de las caídas o alteraciones conductuales que suceden en su turno, por lo que es especialmente importante que comprendan los riesgos que conllevan para poder sentirse seguros y libres de represalias de familiares o jefes (Burgueño, 2008).

Un estudio de Fariña-López, Estévez-Guerra, González, Hernández y Crego (2013), concluyó que la mayoría de los profesionales sanitarios (94 enfermeras y 284 auxiliares de enfermería) ignoran los efectos adversos de las sujeciones. Este trabajo puso de manifiesto una relación inversa entre la cantidad de conocimientos y la actitud favorable hacia las sujeciones. Lo que concuerda con un reciente estudio de Eskandari, Abdullah, Zainal y Wong (2018) que afirma que el aumento de conocimientos sobre restricciones físicas de los profesionales sanitarios, hace disminuir significativamente el uso de las mismas en los hospitales.

Por tanto, las formaciones destinadas a que los profesionales comprendan y conozcan los riesgos que suponen las sujeciones están totalmente recomendadas y van a tener efectos positivos sobre todo para las personas que se encuentren en fases de cuatro a siete en la escala GDS, es decir en fases de deterioro moderado a grave (Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán, 2015).

Por todo lo expuesto, este trabajo defiende y reclama la necesidad de que los centros residenciales y las políticas sociales trabajen a favor de ofrecer respuestas no farmacológicas, respuestas más imaginativas, invertir en equipamiento apropiado a los centros, una planilla formada y con una visión clara acerca del uso de sujeciones para lograr la máxima seguridad con la mayor dignidad para la persona (López-Trigo et al., 2014).

La OMS (2017) anunció la puesta en marcha de un reto a nivel mundial por la seguridad del paciente que se propone reducir en un 50% los efectos nocivos causados por los medicamentos en un plazo de cinco años. Para lograrlo, solicitan que los ministros de salud establezcan planes nacionales que impliquen: la participación de los pacientes, la formación, capacitación y seguimiento de los profesionales sanitarios y mayor gestión de medicamentos (Sheikh, Dhingra-Kumar, Kelley, Kieny y Donaldson, 2017). Destacan la importancia de controlar aspectos como la polifarmacia, los efectos adversos y la comunicación al paciente, además de la necesidad de brindar especial atención a las personas que por sus características personales o por los fármacos que se les hayan pautado, pueden llegar a sufrir lesiones graves o incluso aumento de probabilidad de muerte. La OMS (2017) reclama a las autoridades sanitarias que prioricen

la seguridad en el uso de medicación y que para ello la educación, el empoderamiento de los pacientes y cuidadores, la elaboración de protocolos y programas de ayuda para los profesionales y la creación de sistemas de apoyo son necesarios (Sheikh, Dhingra-Kumar, Kelley, Kieny y Donaldson, 2017).

Los profesionales del ámbito social y sanitario deben ser conscientes de la obligación moral y la responsabilidad de aplicar modelos no farmacológicos como primera línea de intervención pese a que supongan un mayor tiempo y esfuerzo que el uso de sujeciones (Azón et al., 2016). A nivel de intervención, una mayor investigación al respecto sigue siendo necesaria (Cabrera et al., 2015) pero la legislación y protocolos que se publiquen deben considerar las técnicas no farmacológicas una prioridad y deben convertirse en el objetivo central de las organizaciones sanitarias.

PARTE II

METODOLOGÍA

CAPÍTULO 5

Justificación

La sociedad es cada día más consciente de que el envejecimiento poblacional es una realidad muy cercana que hay que afrontar de una manera muy distinta a la actual. Los principales organismos públicos hacen eco de ello y existen ya escritos que solicitan la pronta actuación de políticos, investigadores, entidades públicas y ciudadanía (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018; OMS, 2018). Tal y como señalábamos al inicio de este trabajo, la humanidad quiere añadir años a la vida pero de manera saludable por lo que intervenir en las problemáticas que rodean la vejez es esencial (IMSERSO, 2017a; OMS, 2015). A nivel sanitario una de las grandes problemáticas son las demencias, un síntoma de origen orgánico que es una de las principales causas de pérdida de autonomía de la persona mayor (IMSERSO, 2017a; Prieto, Eimil, López, Llanero y Villarejo, 2017).

La demencia implica cambios en la esfera cognitiva, física y conductual de la persona (Garre-Olmo, 2018). Durante años nos hemos centrado en la esfera cognitiva pero cada día tienen más peso los SPCD que son uno de los aspectos que más sufrimiento implican para la persona, uno de los principales motivos de su pérdida de autonomía, una gran carga añadida para sus cuidadores y su entorno y una de las principales causas de institucionalización (Pérez y González, 2018).

En institución o en el hogar, estos síntomas van a ser muy disruptivos y van a ser en muchos casos el desencadenante de que sus cuidadores (profesionales o no) se vean obligados a utilizar sujeciones físicas o químicas para paliar el sufrimiento y el daño intrínseco y extrínseco que pueden provocar (Burgueño, 2005; 2008; 2015).

El uso de este tipo de técnicas está en muchos casos respaldado por la idea de tener una finalidad terapéutica pero en otros casos sus consecuencias causarán daños físicos y psicológicos

a la persona (López-Trigo et al., 2014; Olazarán-Rodríguez et al., 2016).

Ver la problemática desde el punto de vista de la atención centrada en la persona es necesario y para ello es importante que el personal de los centros esté formado en la materia, conozca y tenga los recursos necesarios para no utilizar medidas farmacológicas o sujeciones físicas como primera y única línea de tratamiento (Abraha et al., 2017).

Por este motivo, previamente a la realización de esta tesis, se realizó un estudio piloto que evaluó las necesidades formativas en aspectos relacionados con los SPCD de los profesionales de un centro residencial de la Comunidad Valenciana (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017). Los objetivos planteados por dicho estudio fueron:

1. Conocer en qué grado los profesionales de atención directa perciben que existen SPCD en su centro.
2. Analizar los conocimientos que poseen los profesionales sobre SPCD.
3. Evaluar si los profesionales creen que poseen los conocimientos necesarios sobre el tema, si han recibido formación previa al respecto y en qué temas consideran que podrían necesitar mayor formación.

Este estudio previo (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017) nos permitió mostrar que muchos de los profesionales de atención directa no conocen la terminología ni aspectos teóricos básicos sobre los SPCD a los que se enfrentan diariamente. Además, la información recabada ayudó a conocer cuáles eran los temas en los que los profesionales demandaban una mayor formación.

Por todo lo anteriormente expuesto, esta tesis doctoral pretende en primer lugar evaluar y describir los SPC en personas mayores institucionalizadas y su relación con diferentes variables cognitivas, funcionales y médicas.

Tras este análisis preliminar y gracias a los resultados obtenidos en el estudio piloto previo

de necesidades formativas de los profesionales (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017), una segunda parte del proyecto consistirá en diseñar e impartir una formación a los profesionales de 14 centros residenciales. Dicha formación se centrará en el abordaje y el buen manejo de los SPC y posteriormente se evaluará como esta intervención influye en los conocimientos teóricos y prácticos que poseen los profesionales.

Finalmente, se valorará si esta intervención obtiene resultados significativos en las personas mayores institucionalizadas. Para ello, se llevará a cabo una evaluación longitudinal de variables conductuales, cognitivas, funcionales y médicas de las personas de un centro en el que se llevó a cabo la intervención (grupo experimental) y se evaluarán las mismas variables de un centro de características similares en el que no se ha implantado la intervención (grupo control).

CAPÍTULO 6

Objetivos

OG1: Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

- OE1.1. Definir qué trastornos conductuales predominan en contextos residenciales.
- OE1.2. Valorar qué tipo de psicofármacos son los más prescritos a las personas mayores institucionalizadas.
- OE1.3. Conocer el funcionamiento de las variables psicofuncionales como el estado cognitivo, el estado funcional, la estabilidad para la marcha, el estado anímico (o sintomatología depresiva), el riesgo de caídas, la participación en actividades y la comunicación en una muestra de personas mayores institucionalizadas.
- OE1.4. Estudiar las diferentes variables psicofuncionales en función de la edad y el género.

OG2: Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables sanitarias y psicofuncionales en una muestra de personas mayores institucionalizadas, dado que algunas de estas variables pueden ofrecer información relevante en relación al uso de psicofármacos y el manejo de las AC.

- OE2.1. Estudiar las relaciones entre AC y el uso de medicación.
- OE2.2. Valorar las relaciones existentes entre AC y el estado cognitivo, el estado funcional, el estado anímico, el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.
- OE2.3. Analizar las relaciones entre el estado cognitivo y otras variables psicofuncionales

como el estado anímico, el estado funcional, el riesgo de caídas, la participación en actividades y la comunicación.

- OE2.4. Estudiar la relación entre el estado funcional, el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.

- OE2.5. Valorar las relaciones existentes entre la sintomatología depresiva, el índice de caídas, el nivel de participación en actividades y la comunicación.

- OE2.6. Conocer si existe relación entre el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.

Una vez analizadas las AC y su relación con el consumo de psicofármacos y otras variables clínicas en una muestra de personas mayores institucionalizadas, se diseñó basándonos en los resultados de un estudio piloto previo de análisis de necesidades formativas (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017), un programa de formación dirigido a los profesionales de los centros residenciales para trabajar las AC con una muestra de profesionales. De este modo, a continuación se plantean dos objetivos en relación a dicho programa, ya que para analizar la efectividad del mismo, se estudió por un lado los efectos obtenidos en los profesionales, y por otro, los beneficios obtenidos en una muestra de personas mayores institucionalizadas en un centro en el que hubo intervención en comparación con un grupo control que no se benefició del curso de formación de los profesionales. En ambos grupos (grupo con intervención y grupo control) se obtuvieron medidas antes y después de la intervención y a lo largo de diferentes momentos temporales para conocer los efectos de la intervención a largo plazo.

OG3. Evaluar los conocimientos teóricos y prácticos sobre AC de los profesionales de residencias y cuantificar los beneficios tras un programa formativo para promover el uso de técnicas no farmacológicas como estrategia de intervención de las AC, favoreciendo el modelo AICP para mejorar la atención, la comunicación y cuidados de los residentes institucionalizados

- OE3.1. Determinar si los años de experiencia trabajando con personas mayores se relacio-

nan con los conocimientos teóricos y prácticos que poseen los trabajadores antes del programa de intervención.

- OE3.2. Incrementar los conocimientos teóricos de los profesionales sobre AC para fomentar una identificación y manejo adecuado de AC.

- OE3.3. Fomentar y mejorar los conocimientos prácticos del manejo de las AC como la detección, el manejo y el registro de estos síntomas de los profesionales asistentes a la formación.

OG4. Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales, el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

- OE4.1. Estimar el impacto de la institucionalización en un centro residencial en el consumo de psicofármacos.

- OE4.2. Analizar la prescripción de psicofármacos a lo largo de los cinco momentos temporales en el grupo de intervención frente al grupo control.

- OE4.3. Conocer la evolución en el tiempo de las alteraciones conductuales en personas mayores institucionalizadas en función de si los profesionales recibieron o no la intervención de formación.

- OE4.4. Analizar si se obtuvo una mejora del estado funcional, la estabilidad para la marcha y la sintomatología depresiva a lo largo de los cinco momentos temporales como efecto de la intervención en la formación de los profesionales.

CAPÍTULO 7

Método

7. Descripción de los tres estudios

Para dar respuesta a los objetivos planteados por esta tesis, hemos dividido el estudio en tres trabajos de investigación diferentes. Se describen brevemente a continuación los tres estudios que se han llevado a cabo y los objetivos a los que dan respuesta cada uno de ellos.

7.1. Descripción Estudio 1

En primer lugar, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal de una muestra total de 450 personas mayores institucionalizadas. Este análisis contempló variables demográficas, conductuales, cognitivas, funcionales y médicas. Con este estudio se pretende dar respuesta a los objetivos generales 1 y 2.

7.2. Descripción Estudio 2

En segundo lugar, se diseñó un programa formativo basado en un estudio piloto previo de necesidades formativas (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017) sobre el correcto manejo de los SPCD en ámbito institucional. Esta intervención se impartió a un total de 173 profesionales pertenecientes a 14 centros residenciales de la Comunidad Valenciana pertenecientes al grupo de La Saleta Care S.L.. Se pasaron dos pruebas paralelas a los trabajadores en fase pretest y en fase posttest para evaluar los cambios en los conocimientos teóricos y prácticos de los asistentes. Con este estudio se dio respuesta al objetivo general 3.

7.1.3. Descripción Estudio 3

Finalmente, se analizó si la intervención formativa realizada en el Estudio 2 tuvo impacto en las personas mayores institucionalizadas. Para ello, se comparó un grupo experimental (un centro en el que se impartió la formación), y un grupo control (un centro en el que no se impartió la formación). En total, esta investigación contó con una muestra de 145 personas mayores institucionalizadas y se contemplaron variables sociodemográficas, conductuales, cognitivas, funcionales y sanitarias que fueron evaluadas antes del programa de formación y después del mismo con varias medidas de seguimiento, realizando así un estudio longitudinal durante un periodo de 2 años y medio. Con este estudio se dio respuesta al objetivo general 4.

Tabla 6. Esquema general de los estudios y los objetivos a los que dan respuesta

| Estudios | Objetivos |
|-----------------|--|
| Estudio 1 | OG1: Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas. OG2: Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables sanitarias y psicofuncionales en una muestra de personas mayores institucionalizadas, dado que algunas de estas variables pueden ofrecer información relevante en relación al uso de psicofármacos y el manejo de las AC. |
| Estudio 2 | OG3. Evaluar los conocimientos teóricos y prácticos sobre AC de los profesionales de residencias y cuantificar los beneficios tras un programa formativo para promover el uso de técnicas no farmacológicas como estrategia de intervención de las AC, favoreciendo el modelo AICP para mejorar la atención, la comunicación y cuidados de los residentes institucionalizados. |

| Estudios | Objetivos |
|-----------|---|
| Estudio 3 | OG4. Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales, el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio). |

El presente proyecto respeta los Principios Éticos de la Declaración de Helsinki y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales. Tras el primer contacto en el que se explicaron las características principales de los estudios, el grupo La Saleta Care S.L. y todas las personas que participaron en la investigación, tanto personas mayores institucionalizadas como cuidadores profesionales, autorizaron la misma mediante la firma de consentimiento informado, en la que se informó sobre que su participación en el estudio era libre y gratuita, y que toda la información recogida en el mismo sería tratada de una forma anónima y confidencial, y únicamente con fines de investigación.

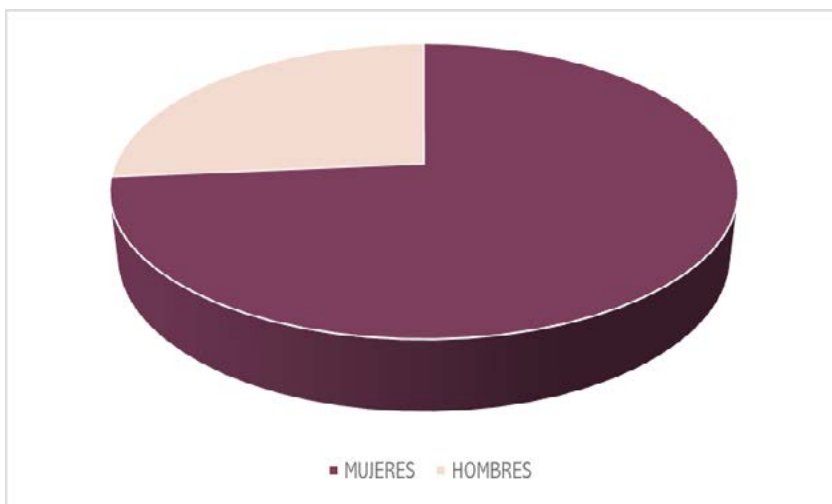
Se describen a continuación los datos de los participantes en el proyecto, el procedimiento y los instrumentos de evaluación utilizados en cada uno de los estudios.

7.2. Método Estudio 1

7.2.1. Participantes Estudio 1

Se recogieron los datos de un total de 450 personas mayores institucionalizadas. La muestra pertenecía a dos centros privados del grupo La Saleta Care S.L. y por tanto, los datos se reunieron una vez gestionado y obtenido el permiso correspondiente de la dirección técnica del grupo y de ambos centros. Los criterios de inclusión fueron que las personas estuvieran ingresadas en el momento de realizar el estudio o que ingresaran durante el transcurso del mismo, que aportaran el informe médico correspondiente y con el consentimiento informado firmado. La media de edad de la muestra total (N=450) es de 86,82 (DT=8,22). El 73,6 de la muestra fueron mujeres y el 26,4% hombres. La media del tiempo de ingreso de los pacientes fue de 18,51 meses (DT=31,90). Es importante destacar que ambos centros poseen el certificado de centro libre de sujeciones físicas de CEOMA y Libera-Ger (Burgueño, 2005; Urrutia y Erdoiza, 2010) desde hace más de cinco años.

Figura 7. Porcentajes en función del género Estudio 1



7.2.2. Procedimiento Estudio 1

En primer lugar, se realizó una valoración integral de 450 personas mayores institucionalizadas. Cabe destacar que todos los participantes en el estudio, de acuerdo a los protocolos de actuación del grupo, han debido aportar informes médicos y de los especialistas previamente a su ingreso. De este modo, estos datos son volcados en el software Resiplus (ResiPlus v3.0.11; ADD Informática, Valencia, España), de modo que se ha podido disponer de los diagnósticos médicos de los participantes en el momento del estudio tanto previos a su ingreso, como los diagnosticados por el médico del centro o los especialistas posteriormente a su ingreso. También hemos podido registrar los fármacos que cada persona tenía pautados en el momento de su ingreso y los que estaban prescritos en el momento de la investigación.

Además, se han obtenido gracias a esta herramienta, variables sociodemográficas como la edad, el género y la fecha de ingreso.

Se han evaluado las esferas sanitaria, cognitiva, conductual, funcional y emocional gracias a las pruebas específicas que se describen posteriormente en el apartado de instrumentos. Las valoraciones se han realizado individualmente y en un despacho específico para ello para evitar distracciones ambientales. Se dispuso de unos 40 minutos para cada caso. Durante ese tiempo la psicóloga (autora de esta tesis) y la fisioterapeuta del centro han pasado las pruebas pertinentes de las áreas funcional, cognitiva y emocional. Una vez se han obtenido los resultados de estas pruebas, se vuelcan y se comentan en una reunión interdisciplinaria a la que asisten los profesionales de las áreas de psicología, fisioterapia, educación social, medicina, supervisión sanitaria, supervisión de servicios y dirección del centro. En esta reunión, todos los profesionales comentan los datos de cada persona individualmente y se evalúan entre todos los SPCD que presenta cada caso, ya que estos síntomas se miden a través de una escala observacional y es importante que se contrasten y se evalúen entre varios observadores. En esta reunión se valoran también las áreas de comunicación y participación en actividades del centro entre todos los profesionales.

Para la recogida de datos y sistematización se creó una base de datos en la que se fueron registrando y codificando todas las variables que se describen a continuación.

7.2.3. Instrumentos y variables Estudio 1

Para la realización del estudio se incluyeron variables sociodemográficas, variables sanitarias y variables psicofuncionales. En la tabla 7 se ofrece un breve resumen de ellas y se definen a continuación.

Tabla 7. Resumen de las variables evaluadas Estudio I

| | |
|-----------------------------|---|
| Variables sociodemográficas | Edad |
| | Sexo |
| | Fecha del ingreso |
| Variables sanitarias | Diagnósticos |
| | Prescripción de psicofármacos |
| Variables psicofuncionales | Alteraciones conductuales |
| | Estado cognitivo |
| | Estado funcional |
| | Marcha y equilibrio |
| | Estado anímico/Sintomatología depresiva |
| | Riesgo de caídas |
| | Participación en actividades |
| | Comunicación |

En primer lugar, con respecto a las variables sociodemográficas procedentes de las historias clínicas de las personas institucionalizadas volcadas en el software Resiplus:

EDAD. Corresponde a la fecha de nacimiento. La variable es medida en años de vida de los residentes en el momento en que se inició el proyecto.

SEXO. Es una variable con dos opciones de respuesta: Hombre/Mujer.

FECHA DE INGRESO. Es una variable que indica el día, mes y año de ingreso en el centro.

Las variables sanitarias introducidas por el médico del centro en el software Resiplus se basan en informes médicos y de especialistas presentes y que se pueden consultar en la historia clínica de cada residente. Se han recogido las variables:

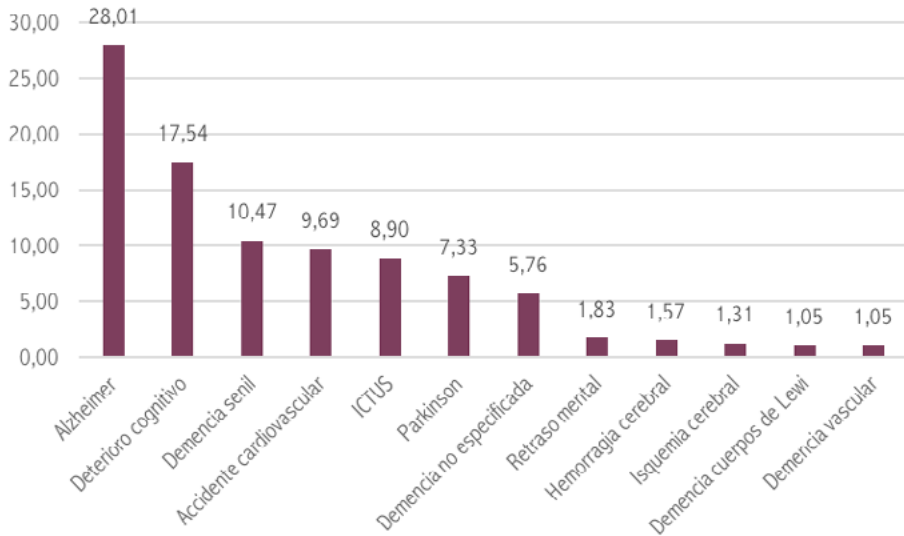
A continuación se describen las variables sanitarias contempladas por el estudio:

DIAGNÓSTICOS. Es una variable de múltiple respuesta. Se han registrado todos los diagnósticos de la persona, previos y posteriores al ingreso, hasta el momento en el que se realiza el estudio. De este modo, y por lo que respecta a los diagnósticos se establecieron tres grandes grupos:

1. PATOLOGÍAS. Se registraron todo tipo de trastornos o enfermedades médicas u orgánicas. Sin embargo, éstas, y debido a su gran diversidad y heterogeneidad y por la gran comorbilidad, es complejo extraer los datos, si bien cabe destacar que, un 67,56% tenían hipertensión arterial, un 22,89% anemia y un 22,67 diabetes.

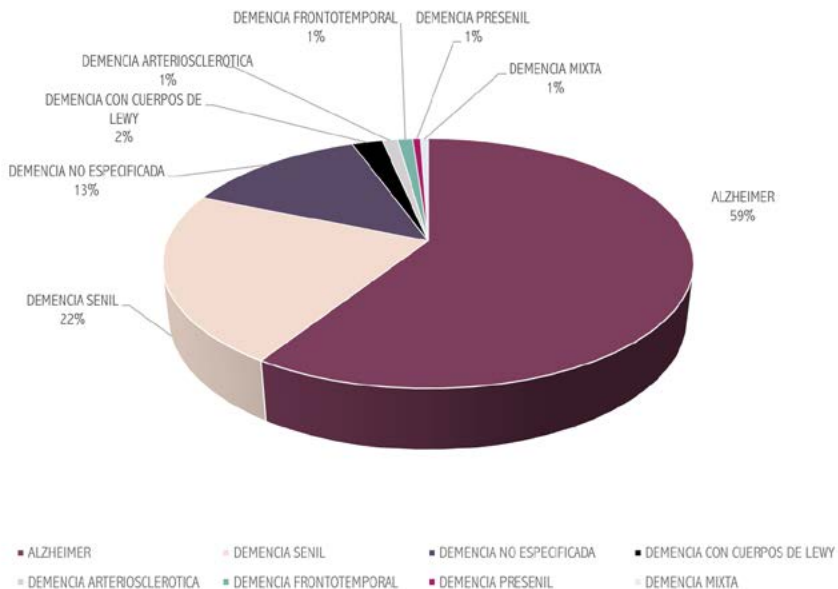
2. TRASTORNOS COGNITIVOS. Este segundo bloque se codificaron todos aquellos diagnósticos neurodegenerativos o de base neurocognitiva. Cabe mencionar que, en este bloque, encontramos al 84,89% del total de la muestra, donde la categoría más registrada fue el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer con un total de 28,1%. A continuación, en la figura 8 se observan los porcentajes de los diferentes trastornos cognitivos más prevalentes.

Figura 8. Frecuencias de diagnósticos de los trastornos cognitivos más prevalentes



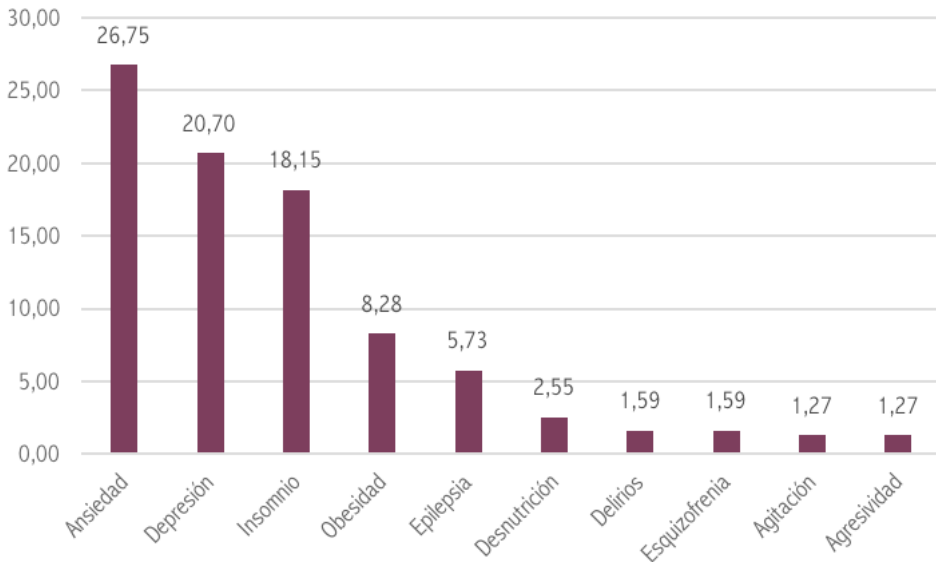
Es de destacar también que muchas de los casos de demencia no cuentan con un diagnóstico específico de su tipología (13%) (figura 9).

Figura 9. Frecuencias de tipos de demencias diagnosticadas



3. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. En esta categoría se registraron todos aquellos diagnósticos médicos que hacen referencia al aspecto emocional y/o psicológico como ansiedad, depresión, obesidad o epilepsia por ejemplo. En esta categoría encontramos al 69,78 % del total. En la figura 10 se muestran los porcentajes de los diferentes trastornos psicológicos diagnosticados.

Figura 10. Frecuencias de los trastornos psicológicos diagnosticados más prevalentes



PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS. Es una variable de múltiple respuesta. Para el registro de esta variable se han considerado los psicofármacos enumerados en el marco teórico del presente trabajo. Es decir, 1. Neurolépticos típicos; 2. Neurolépticos atípicos; 3. Antidepresivos; 4. Benzodiazepinas de vida media corta; 5. Benzodiazepinas de vida media; 6. Benzodiazepinas de vida media larga; 7. Otras drogas hipnóticas o sedantes o ansiolíticas; y 8. Los inhibidores de la colinesterasa (ICE) y la memantina que hemos unido en una misma categoría y 9. Antiepilepticos (López-Trigo et al., 2014; Muñiz et al., 2016). Se han considerados los psicofármacos prescritos en el momento del estudio.

Finalmente, con respecto a las variables psicofuncionales, se han medido las alteraciones conductuales, el estado cognitivo, el estado funcional, la marcha y el equilibrio, el estado anímico, el riesgo de caídas, la participación en actividades y los problemas en la comunicación. Para medirlas se han utilizado los instrumentos que se presentan en la tabla 8 y se describen posteriormente.

Tabla 8. Resumen de los instrumentos utilizados Estudio I

| | Ausencia de deterioro | Leve deterioro | Deterioro moderado | Deterioro grave | Deterioro total |
|---|------------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| NPI (Alteraciones conductuales) | 0 AUSENCIA | ≥ 1 PRESENCIA | | | |
| MEC (Estado cognitivo) | 35-25 | 24-20 | 19-15 | ≤ 14 | |
| INDICE DE BARTHEL (Estado funcional) | 100 | 95-60 | 55-45 | 40-20 | ≤ 15 |
| TINETTI (Marcha y equilibrio) | ≥ 23 | 19-22 | 18-12 | 11-7 | ≤ 6 |
| YESAVAGE (Sintomatología depresiva) | 0-5 | 6-10 | > 10 | | |
| CORNELL (Sintomatología depresiva) | 0-8 | 9-11 | ≥ 12 | | |
| DOWNTON (Riesgo de caídas) | < 4 SIN RIESGO | ≥ 4 CON RIESGO | | | |

ALTERACIONES CONDUCTUALES. Esta variable se ha medido con el Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings (NPI) (Cummings et al., 1994) que ya se ha descrito en el marco teórico de este trabajo. Este instrumento contempla la intensidad y la frecuencia con la que se dan las alteraciones de conducta. Los síntomas se clasifican como presentes o no durante las cuatro semanas previas a la evaluación. Posteriormente, se evalúa la frecuencia (0-4), se clasifica de no ocurrir en absoluto (una puntuación de 0) a ocurrir varias veces al día (una puntuación de 4) y se evalúa también la gravedad (0-3), calificando 0 si no ocasiona malestar a la persona que lo sufre y 3 si ocasiona mucho malestar.

La puntuación de frecuencia y la puntuación de gravedad se multiplican en una puntuación (0-12) que equivale a la puntuación de cada uno de los doce síntomas.

En este estudio se ha considerado como presente todo síntoma cuya puntuación haya sido superior a 0.

Tras tener estas doce puntuaciones se codificó con un 0 si el síntoma no estaba presente y con un 1 si el síntoma estaba presente. Esto se ha registrado para tener una visión más cualitativa de esta variable.

A nivel general y para obtener datos cuantitativos, estas 12 puntuaciones de cada uno de los síntomas se suman entre sí resultando en una puntuación (que corresponde al total de los doce síntomas) mínima de 0 (ausencia de alteraciones conductuales) y máxima de 144.

Por otra parte, recordemos que los síntomas medidos por esta escala son: Ansiedad, depresión, apatía, euforia, irritabilidad/labilidad emocional, alucinaciones, delirios, agitación/agresividad, trastorno del sueño, trastorno de la conducta alimentaria, desinhibición y conducta motora aberrante.

Se ha considerado que existe la presencia de alteraciones conductuales para una puntuación de $NPI > 0$.

ESTADO COGNITIVO. Evaluado mediante el Mini-Mental Status Examination (MMSE), en su versión española adaptada el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1999). Esta escala fue diseñada con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental y estimar cuantitativamente la existencia y severidad del deterioro cognitivo sin proporcionar un diagnóstico de ninguna entidad nosológica específica. Este instrumento de “screening” de deterioro cognitivo valora 8 áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación y reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial. La puntuación máxima es de 35 puntos, que se obtienen mediante la suma de las puntuaciones de cada ítem y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción. El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos, para personas escolarizadas, ya que el test tiene alta dependencia del lenguaje, las puntuaciones entre 0-14 puntos indican un deterioro cognitivo grave, entre 15-19 puntos un deterioro cognitivo moderado, entre 20-24 puntos un deterioro cognitivo leve y entre 25-35 puntos indican ausencia de deterioro cognitivo.

ESTADO FUNCIONAL. Esta variable se midió con el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965). Esta herramienta es fácil de aplicar, interpretar, posee un alto grado de fiabilidad y validez y es sensible a los cambios a corto plazo. El índice de Barthel valora el nivel de independencia de la persona con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD) como la alimentación, el aseo, la capacidad para vestirse o la movilidad general. Su puntuación va de 0 a 100 y sus resultados categorizan en cuatro grados de dependencia en AVD: 0-15 puntos, dependencia total en AVD; 20-40 puntos, dependencia grave en AVD; 45-55 puntos, dependencia moderada en AVD; 60-95 puntos, dependencia leve en AVD. 100 puntos, independiente en AVD.

MARCHA Y EQUILIBRIO. Estas variables se miden a través del Test de evaluación de la marcha y el equilibrio de Tinetti (Tinetti, 1986; Tinetti, Speechley y Ginter, 1988). Esta escala diseñada por la doctora Tinetti en 1986 tiene como objetivo evaluar la movilidad en personas mayores. La escala cuyo idioma original es el inglés consta de 17 ítems, 8 de marcha y 9 de

equilibrio. Los ítems que evalúan la marcha valoran el inicio de la marcha, la postura del tronco al caminar, la longitud, la altura y la simetría del paso. Del equilibrio se evalúa el equilibrio en sedestación, al levantarse, con los ojos cerrados, tras un giro de 360 grados y al sentarse. Los resultados se codifican en cuatro grados de afectación: 0-6 puntos corresponde a una inestabilidad total, 7-11 puntos a una inestabilidad grave, 12-18 puntos a una inestabilidad moderada, 19-22 puntos a una inestabilidad leve y 23-25 puntos a ausencia de inestabilidad.

ESTADO ANÍMICO. En este caso la variable se mide a través de dos instrumentos. La Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Yesavage et al. 1982) y la escala Cornell (Alexopoulos, Abrams, Young, y Shamoian, 1988).

La escala Yesavage consta de preguntas cuya respuesta es dicotómica (Sí/No) y únicamente contempla aspectos cognitivos de la depresión como pensamientos pesimistas o disruptivos. Existen varias versiones de esta escala. En este trabajo hemos utilizado la versión de 15 ítems (Sheik y Yesavage, 1986). Los rangos de esta escala son: 0-5 puntos, ausencia de sintomatología depresiva; 6-10 puntos, sintomatología depresiva leve; 11-15 puntos, sintomatología depresiva grave.

La Escala Cornell, es una escala observacional que contempla aspectos físicos, cognitivos, de la conducta, del humor y del sueño de la persona. En este caso, los rangos son: 0-8 puntos, ausencia de sintomatología depresiva; 9-11 puntos, sintomatología depresiva leve; 12-38 puntos, sintomatología depresiva grave.

La diferencia entre ambas es la población a la que se aplica. La escala de Yesavage, al ser un test autocumplimentable se va a aplicar a las personas que (basándonos en las puntuaciones obtenidas por el MEC) no presenten deterioro cognitivo o que presenten deterioro cognitivo leve. Mientras que la escala de Cornell, al ser observacional se puede aplicar a personas diagnosticadas con un deterioro cognitivo moderado e incluso grave.

RIESGO DE CAÍDAS. Esta variable se ha medido con el instrumento Downton Fall Risk Index (Downton, 1993). Esta escala se basa en 5 dimensiones que son caídas previas, consumo

de fármacos, déficits sensoriales, estado mental y deambulación. En base a estas dimensiones se obtiene una puntuación. Cuando esta puntuación total es igual o superior a 4, se considera que existe un riesgo elevado de sufrir caídas. En caso de ser igual o menor a 3 se considera que no existe riesgo significativo de sufrir una caída.

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES. Esta variable es dicotómica (Sí/No) y se refiere a la asistencia de la persona a actividades grupales o de rehabilitación psicofuncional propuestas por el centro. En los centros del grupo La Saleta Care S.L., se proponen a los residentes un elevado número de actividades psicofuncionales y de animación sociocultural. En este caso, se considerará que participa en actividades del centro si asiste a un mínimo de dos o más actividades propuestas por el centro a la semana. En caso contrario, se considerará que no participa en las actividades que propone el centro.

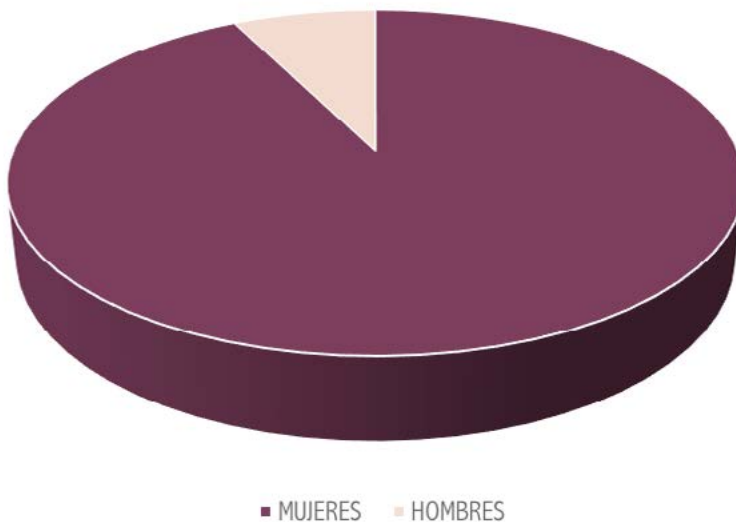
COMUNICACIÓN. Se trata de una variable dicotómica, en la que se contempla si existen dificultades en la comunicación o no. Se codifica por el equipo técnico en la reunión de valoración geriátrica integral. Los criterios para considerar que no existen problemas en la comunicación son ausencia de los siguientes trastornos del lenguaje: mutismo, lenguaje poco fluido, verborrea, ecolalia, coprolalia, perseveración o estereotipias, o si existe dificultad en la comprensión del mensaje, ya sea por problemas auditivos o por problemas en la comprensión. En el caso de que se den uno o más de estos trastornos, se considerará que la persona presenta afectación en la comunicación.

7.3. Método Estudio 2

7.3.1. Participantes Estudio 2

La intervención psicoeducativa se impartió en 14 centros residenciales pertenecientes al grupo La Saleta Care S.L. en la Comunidad Valenciana durante los años 2014 a 2017. Algunos de los centros eran privados y otros públicos con gestión privada. En total se contó con 173 participantes de los cuales 13 eran hombres y 160 mujeres (figura 11) de edades comprendidas entre los 22 y los 63 años (Media de edad: 39,74; DT=11,27).

Figura 11. Porcentajes en función del género Estudio 2

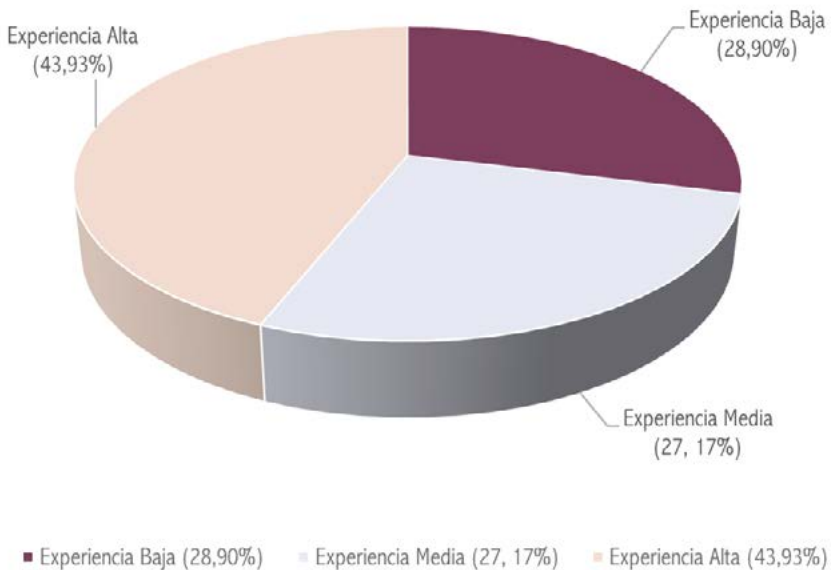


En este caso, los criterios de inclusión fueron que los participantes trabajaran en un centro residencial y que asistieran a las sesiones del programa formativo.

A los participantes se les preguntó cuántos años llevaban trabajando en el sector de las personas mayores. La media de años de experiencia en el sector fue de 9,58 años (DT= 6,93, rango: 0-33 años). Se consideraron tres grupos, los profesionales que tenían Experiencia Baja (4 años o menos trabajando en el sector), los que tenían Experiencia Media (de 5 a 9 años trabajando en el sector) y los trabajadores que contaban con Experiencia Alta (10 años o más trabajando en el sector).

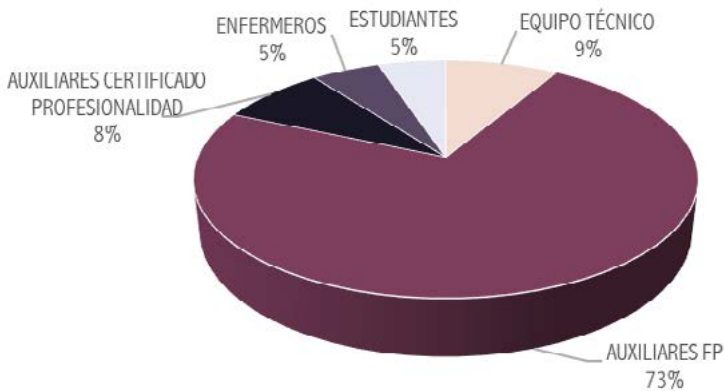
A la hora de evaluar los datos, se tuvo en cuenta esta variable.

Figura 12. Porcentajes de distribución del tipo de participantes Estudio 2 en función de los años de experiencia en el sector



Se invitó a participar en el curso de formación a todos los profesionales del centro, es decir, a las personas que forman el equipo técnico, a los profesionales sanitarios, a los auxiliares e incluso al personal de servicios, administración, limpieza o mantenimiento, aunque la asistencia fue mayoritariamente del personal de atención directa. De hecho, del total de participantes, únicamente 15 personas pertenecen al equipo técnico, es decir, son psicólogos, técnicos en animación socio-cultural, trabajadores sociales o educadores sociales (9%), 126 son auxiliares con títulos de formación profesional (73%), 14 son auxiliares con certificado de profesionalidad en atención sociosanitaria (8%), 9 son Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE) (5%) y 9 son estudiantes de la universidad, todavía en formación (5%) (Figura 13).

Figura 13. Porcentajes de distribución del tipo de participantes Estudio 2 en función de la formación



La formación se llevó a cabo fuera de la jornada laboral de los trabajadores y su participación fue totalmente voluntaria y no remunerada. Se aseguró la confidencialidad de los datos y el anonimato de todos los participantes del estudio.

7.3.2. Procedimiento Estudio 2

El grupo La Saleta Care S.L. cuenta con un total de 32 centros residenciales y centros de día en la Comunidad Valenciana. En el año 2008, se comenzó a impartir formación a los profesionales de sus centros para retirar las sujeciones físicas. Gracias a esta formación, esfuerzo y trabajo, en el año 2010 el programa Desatar al anciano y enfermo de Alzheimer de CEOMA (Burgueño, 2008) y el programa Libera-Ger (Urrutia y Erdoiza, 2010), comenzaron a certificar los primeros centros de La Saleta Care S.L. como centros libres de sujeciones físicas. Tras este primer paso, han sido muchos centros más del grupo los que se han ido sumando a este modelo de buenas prácticas.

Siendo uno de los grupos pioneros en España en centrarse en estos temas, y muy conscientes del uso abusivo de psicofármacos en ámbito institucional, La Saleta Care S.L. decidió en el año 2014 iniciar un proyecto de formación destinado a que los profesionales de atención directa aprendieran el manejo no farmacológico de los SPCD, proyecto en el cual se encuadra el presente trabajo. De este modo, el diseño del programa formativo consta de los principales aspectos teóricos y prácticos para intervenir sobre las alteraciones conductuales más prevalentes en ámbito institucional.

Además, parte del estudio piloto previamente realizado (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017) el cual permitió llegar a las siguientes conclusiones que configuran el eje vertebrador de la propuesta formativa:

La mayor parte de los profesionales del centro no conocen la terminología ni los signos de alarma de las alteraciones conductuales.

Son necesarias pautas de actuación comunes, pues la respuesta que se ofrece habitualmente depende exclusivamente del estilo personal y la experiencia previa de cada profesional.

En general, se percibe más dificultad en el manejo de conductas psicóticas, labilidad o agresi-

vidad y menos en conductas como la deambulaci3n errática.

Conductas como la apatía o la desorientaci3n, que provocaban niveles m3nimos de estr3s y se consideran de f3cil manejo, son normalizadas sin tener en cuenta el sufrimiento que causan a las personas institucionalizadas.

Las conductas repetitivas y aquellas a las que los trabajadores atribuyen intencionalidad provocan elevados niveles de estr3s en los profesionales. El manejo de las mismas es muy desigual seg3n el momento en que se producen, los profesionales que las atienden o las personas mayores que las realizan.

De este modo, y partiendo de estas premisas se desarroll3 y diseñ3 la formaci3n, que se dividi3 en tres sesiones de tres horas cada una con una frecuencia semanal y una duraci3n total de tres semanas. Se pidi3 a los asistentes una media de cuatro horas de trabajo y lecturas fuera del aula. La intervenci3n se llev3 a cabo en 14 centros privados y p3blicos de gesti3n privada de La Saleta Care S.L. en la Comunidad Valenciana (ANEXO I). Se pas3 una evaluaci3n pretest al comienzo de la primera sesi3n y al finalizar la 3ltima sesi3n se pas3 una prueba paralela postest.

En la tabla 9 se resumen los contenidos que aborda el programa a lo largo de las sesiones.

Tabla 9. Contenidos del programa formativo Estudio 2

M3DULO I

Envejecimiento, Demencia y Deterioro cognitivo
 SPCD y repercusiones bio-psico-sociales
 Atenci3n Integral Centrada en la Persona en 3mbito residencial
 Modelo bio-psico-social e importancia del ambiente
 Introducci3n a los riesgos de las sujeciones f3sicas y qu3micas

MÓDULO II

| | |
|--|---------------------------------------|
| | Ansiedad |
| | Depresión |
| | Apatía |
| | Euforia |
| Definición | Irritabilidad y/o labilidad emocional |
| Posibles precipitantes | Alucinaciones |
| Manejo y casos prácticos de cada SPCD | Delirios |
| | Agitación y/o agresividad |
| | Trastorno del sueño |
| | Trastorno de la conducta alimentaria |
| | Desinhibición |
| | Conducta Motora Aberrante |

MÓDULO III

| |
|---|
| Importancia de la comunicación |
| Pautas para facilitar la comunicación verbal |
| Comunicación no verbal |
| Aspectos a evitar al tratar con personas con deterioro cognitivo o demencia |
| Infantilización, edadismo y ostracismo |
| Método de validación y sus beneficios |
| Conclusiones |

Los contenidos de este programa responden a las necesidades educativas encontradas, las que concuerdan con los enfoques o modelos teóricos que encontraba la revisión de Spector, Orrell y Goyder (2013). Estos autores afirmaron que los modelos teóricos que presentaban mayor efectividad son:

- I. El enfoque orientado al comportamiento (Módulos I y II).

Este enfoque se basa en la importancia del ambiente y de los refuerzos externos en el aprendizaje. Es importante que los asistentes comprendan que el entorno debe adaptarse a cada persona (Lawton, 1990) y la relevancia de los antecedentes y las consecuencias que rodean cada conducta.

2. El enfoque de comunicación (Módulo III).

Este enfoque es el que hace que el personal sea consciente de cómo influye su manera de comunicarse con las personas con deterioro cognitivo. Se hace esencial también que comprendan que se debe cuidar incluso el lenguaje no verbal, que también va a repercutir en sus respuestas.

3. El enfoque centrado en la persona (Módulo I).

En este caso, la formación va a basarse en los trabajos y teorías de Tom Kitwood desarrolladas en el marco teórico.

4. El enfoque basado en las emociones (Módulo III).

Finalmente este tipo de programas van a darle especial relevancia a los trabajos sobre la terapia de la validación de Feil (Neal y Barton, 2003) y la idea del respeto y la consideración de los sentimientos de las personas con las que trabajan a través de planes de atención individualizados.

La formación se llevó a cabo en los centros de trabajo para evitar el desplazamiento de los participantes y en el horario que cada centro propusiera para facilitar al máximo la asistencia de los trabajadores ya que una de las problemáticas a la hora de implementar este tipo de intervenciones (Spector, Orrell y Goyder, 2013). El programa se impartió en una sala del centro con proyector y ordenador, y además se necesitó de mesas móviles y sillas y de material fotocopiado para trabajar individual o grupalmente según las actividades planteadas.

7.3.3. Instrumentos y variables Estudio 2

Con el objetivo de evaluar los conocimientos de los participantes sobre las AC se diseñaron dos cuestionarios ad hoc de quince preguntas con tres alternativas de respuesta cada una. Cada uno de ellos se pasó en fase pretest, antes de la intervención y una prueba paralela fase posttest, con respuestas similares pero diferentes (ANEXO II).

Basándonos en los contenidos de la formación descritos en el apartado 3.2. de este capítulo, el cuestionario debía contener una pregunta sobre el modelo AICP (Kitwood, 1997), siete preguntas sobre conocimientos acerca de los SPCD (Cummings et al., 1994), dos preguntas sobre la terapia de validación (Neal y Barton, 2003), dos preguntas sobre pautas de comunicación al trabajar con personas con deterioro cognitivo y demencia, una pregunta sobre sujeciones químicas y dos preguntas sobre actuación en el centro ante los SPCD (tabla 10). Cada pregunta acertada equivalía a 1 punto. La puntuación en el cuestionario iba de 0 a 15, donde 0 equivalía a una contestación muy deficiente y 15 a una contestación excelente.

Tabla 10. Contenido teórico de los cuestionarios pretest y posttest Estudio 2

| PREGUNTAS | TEMÁTICA |
|------------------|--|
| (1) | Modelo AICP |
| (7) | Conocimientos sobre SPCD |
| (2) | Terapia de validación |
| (2) | Pautas de comunicación al trabajar con personas con deterioro cognitivo o demencia |
| (1) | Sujeciones químicas |
| (2) | Actuación en el centro ante SPCD |

A la prueba de conocimientos teóricos se añadieron dos casos prácticos con cuestiones sobre el manejo de AC. Tanto en la prueba de la fase pretest como en la de la fase posttest, se seleccionaron los mismos SPC. En el caso 1 se describió una alucinación que desencadenaba un episodio de agresividad física hacia el trabajador. En el caso 2 se describió un episodio de apatía (ANEXO III). En ambos casos prácticos se evaluaron 3 aspectos descritos en la tabla I I.

Tabla I I. Tabla de corrección de casos prácticos Estudio 2

Detección de los SPC

Puntuado de 0 a 2

| | |
|------------|---|
| 0 puntos | No reconoce ningún SPC |
| 0,5 puntos | Reconoce una de las dos alteraciones conductuales |
| 1 punto | Reconoce dos alteraciones conductuales |
| 2 puntos | Reconoce las tres alteraciones presentes en los dos casos |

Registro de los SPCD

Se pidió que detectasen los estímulos precipitantes (ambiente o cuidado) que podían influir en la AC y la respuesta de la persona mayor.

Puntuado de 0 a 2

(de 0 a 4 al considerar ambos casos)

| | |
|----------|---|
| 0 puntos | No se registran ninguno de los aspectos correctamente |
| 1 punto | Se registra uno de los dos puntos evaluados |
| 2 puntos | Se registran adecuadamente los estímulos precipitantes y las respuestas |

Manejo

Se evaluó la correcta intervención a nivel ambiental, la correcta actuación del auxiliar y el correcto registro para que la información llegue a los profesionales del equipo técnico.

Puntuado de 0 a 3 puntos

(de 0 a 6 al considerar ambos casos)

| | |
|----------|--|
| 0 puntos | No se llevó a cabo ninguno de los tres aspectos que contempla un correcto manejo |
| 1 punto | Se realiza 1 de los 3 aspectos. |
| 2 puntos | Se interviene correctamente con 2 de los 3 aspectos. |
| 3 puntos | Se siguen adecuadamente los 3 aspectos |

Pudiéndose obtener un total de 15 puntos en la parte teórica y hasta un total de 12 puntos en esta segunda parte práctica de la prueba.

Además de estas sesiones, se instauró un sistema de supervisión continuo. Se dispuso en la sala de descanso de los profesionales de atención directa, un libro de incidencias en el que podían llevar un registro de los SPC. Este libro lo leía cada día la psicóloga autora de esta tesis y les daba el feedback correspondiente. Este tipo de supervisión ha demostrado maximizar la transferencia del aprendizaje (Ford y Wessbein, 2008).

7.4. Método Estudio 3

7.4.1. Participantes Estudio 3

En esta tercera investigación, contamos con 145 usuarios de dos centros residenciales del grupo la Saleta Care S.L., uno en el que se llevó a cabo la intervención (grupo experimental) (N=82) y otro en el que no (grupo control) (N=63). En relación a las características demográficas, del grupo tratamiento y grupo control y por lo que respecta a la edad, en el grupo tratamiento la media de edad fue de 87,23 (DT = 6,58) con edades que iban desde los 70 a los 99 años. El grupo control mostró una media de 83,51 (DT = 10,47) con un rango de 51 a 101. En relación al género la muestra formada por el grupo experimental está compuesta por 20,7% hombres y 79,2% de mujeres; mientras que el control tiene 30,2% de hombres y 69,8% de mujeres. En las figuras 14 y 15 se puede observar la distribución por género y grupo.

Figura 14. Participantes en función del género grupo experimental Estudio 3

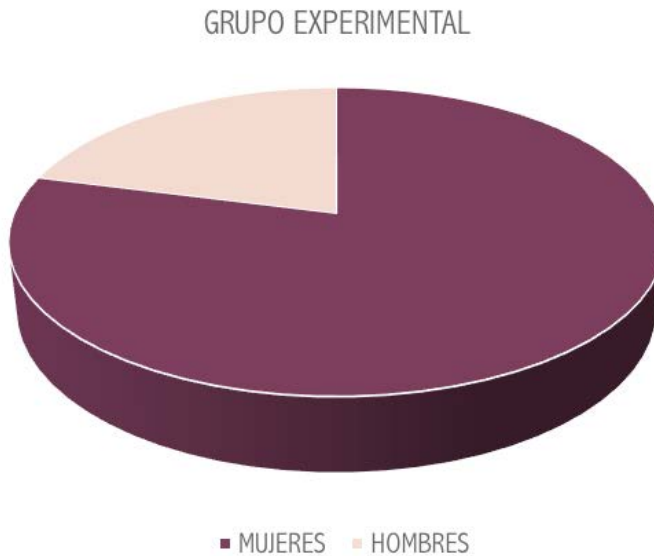
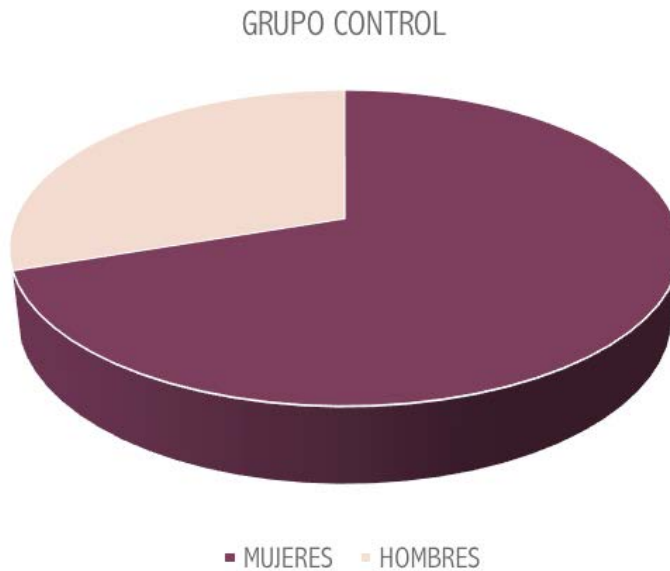


Figura 15. Participantes en función del género grupo control Estudio 3



Uno de los criterios de inclusión fue que las personas mayores estuvieran ingresadas en el momento en el que se decidió implantar la formación a los profesionales del centro. Además, un requisito para poder evaluar los efectos del programa, era su permanencia en los centros un mínimo de 2 años tras el inicio del programa. Se excluyeron aquellas personas que por diversos motivos abandonaran el seguimiento y no contaban con todas las medidas; de este modo del estudio se eliminaron 305 sujetos por mortandad experimental y por cambio de residencia.

Una vez descritos los grupos y de cara a analizar la homogeneidad de los mismos se establecieron comparaciones por la edad ($t(143)=2,716$, $p=0,007$), hallándose diferencias significativas siendo mayor la media de edad del grupo de intervención en género, donde no se encontraron diferencias significativas ($F=1,69$, $p=0,193$); y en el nivel de deterioro cognitivo medido a través del MEC, donde ambos grupos obtuvieron puntuaciones de deterioro moderado, con una puntuación media de 19,48 (DT= 9,79) en el grupo experimental, y con una puntuación media de 15,25 (DT= 11,33) en el grupo control.

7.4.2. Procedimiento Estudio 3

El programa formativo destinado a fomentar el manejo no farmacológico de los SPC en residencias fue implementado de manera gradual en los diferentes centros del grupo La Saleta Care S.L. De este modo, y para seleccionar los centros para el estudio se seleccionaron aquellos centros en los se había realizado la intervención y de manera aleatorizada se seleccionó uno de ellos para pertenecer al grupo tratamiento. La residencia del grupo tratamiento es un centro privado de la Comunidad Valenciana que se inauguró en el año 2005 y cuenta con una ocupación máxima de 130 plazas de residencia y 40 plazas de centro de día. Posee el certificado Libera-Ger de centro libre de sujeciones físicas desde el año 2013 de la fundación Cuidados dignos (Urrutia y Erdoiza, 2010). Paralelamente, se seleccionó de manera aleatoria un centro en el que no se hubiera llevado a cabo todavía la intervención y que pudiera considerarse el grupo control. Para su selección se tuvo en cuenta que las características del centro fueran similares a las del grupo tratamiento. Se consideraron únicamente los centros privados, con una ocupación máxima similar y que también contaran con el certificado de ser centro libre de sujeciones físicas. El centro que finalmente se seleccionó pertenece también a la Comunidad Valenciana (España), inaugurado en el año 2003 con una ocupación máxima de 140 plazas de residencia y 20 plazas de centro de día. Este centro posee el certificado de centro libre de sujeciones físicas de CEOMA (Burgueño, 2008) desde el año 2012.

En ambos centros (grupo experimental y control) se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas, sanitarias y psicofuncionales que se describirán detalladamente en el apartado de instrumentos.

Para realizar el estudio longitudinal, se contemplaron 5 tiempos con intervalos de 6 meses entre cada uno de ellos. El tiempo 1 (T1) corresponde al momento previo a la intervención, que se llevó en los 6 meses siguientes, es decir entre el T1 y el T2. Los restantes tiempos (T3, T4 y T5) se codificaron como medidas de seguimiento tras la intervención y/o como evolución de los pacientes a modo estudio longitudinal para analizar la evolución tras la aplicación de la

intervención (tabla 12). En cada uno de los tiempos se registraron las variables contempladas por el estudio y se creó una base de datos en la que se codificaron y sistematizaron los valores de cada T para poder evaluar posteriormente la evolución a lo largo del periodo que duró el estudio.

Tabla 12. Tiempos de medición Estudio 3

| Pre | INTERVENCIÓN | Post | Seguimiento | Seguimiento | Seguimiento |
|------------|---------------------|-------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| T1 | 6 Meses | T2 | T3 | T4 | T5 |

En el caso de los la variable de los psicofármacos prescritos hemos contado también con un T0 que corresponde a los psicofármacos que los usuarios tenían prescritos en el momento de su ingreso. Es importante señalar que la media de meses que las personas llevaban ingresadas es de 18,51 meses (tal y como se ha especificado en el apartado 7.2) y por tanto el tiempo que transcurre entre el T0 y el T1 es variable para cada persona.

Es importante señalar que además de este programa formativo, en el centro experimental se implantaron protocolos que implicaban a todos los profesionales del centro, en concreto a la persona encargada de la supervisión sanitaria, a la médico y a la psicóloga del centro (autora de esta tesis), que fomentaban el uso racional de psicofármacos.

7.4.3. Instrumentos y variables Estudio 3

Se han considerado las mismas variables definidas en el Estudio 1, por lo que los instrumentos también son los mismos. La única diferencia es que se han tomado las medidas en 5 tiempos distintos para poder evaluar los cambios a lo largo del tiempo de las variables contempladas.

CAPÍTULO 8

Resultados

A lo largo de este apartado se desarrollarán los resultados obtenidos en la investigación realizada a partir de los objetivos planteados en el capítulo 6. Para ello, en primer lugar y en referencia al estudio 1 se realizará una descripción de los diferentes tipos de alteraciones conductuales, la prescripción de psicofármacos, el estado psicofuncional y otras variables ya descritas de una muestra de personas mayores institucionalizadas, en los estudios 2 y 3 se analizarán los efectos de un programa de formación dirigido a los profesionales de los centros residenciales para trabajar los SPC. Concretamente, en el segundo estudio, se valorarán los efectos en los propios profesionales que han recibido el programa, y en el tercer estudio se evaluarán los beneficios y la eficacia del programa en los usuarios de la residencia que sus trabajadores recibieron el curso (grupo experimental) frente a un grupo control en el que sus trabajadores no recibieron tal programa. Además, los efectos del mismo se valorarán a lo largo de 5 momentos temporales para valorar la evolución de los beneficios a largo plazo.

8.1. Resultados Estudio 1

A nivel descriptivo se incluye en la tabla 13 un resumen de la información básica de los participantes y sus principales características sociodemográficas que ya se han detallado en el apartado 7.2.1. de este trabajo.

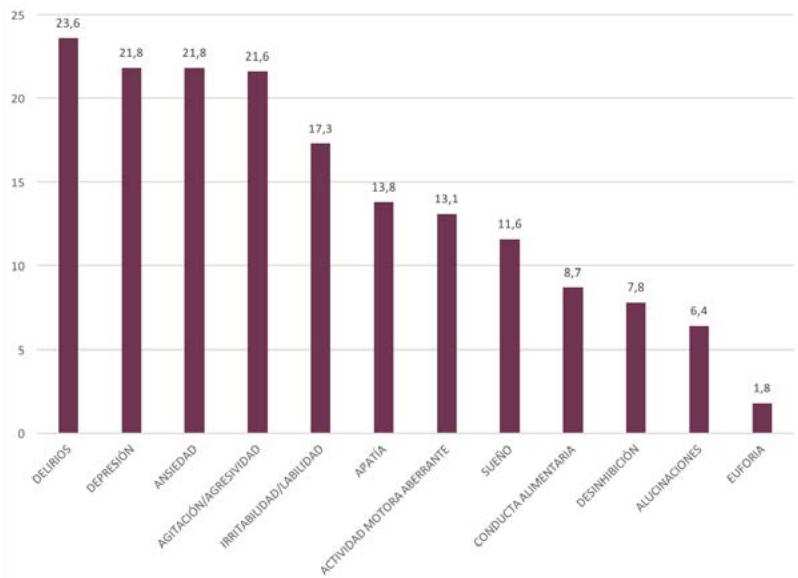
Tabla 13. Características generales de la muestra Estudio I

| | | DT | RANGO |
|----------------------|-------|-----------|--------------|
| N | 450 | | |
| Media de EDAD | 86,82 | 8,22 | 51-105 |
| GENERO MUJER | 73,6% | | |
| GENERO HOMBRE | 26,4% | | |

Procedemos a dar respuesta al **OIG**: Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

En primer lugar, y por lo que respecta al **OEI.1**, donde se pretendía definir qué trastornos conductuales predominan en contextos residenciales, a continuación en la figura 16 se observan los porcentajes de cada AC medidas a través del NPI. A nivel general, un 69,8% de la muestra presentan por lo menos una AC. Es decir, únicamente un 30,2% no presentan ningún problema de comportamiento.

Figura 16. Porcentajes en función de tipo de AC

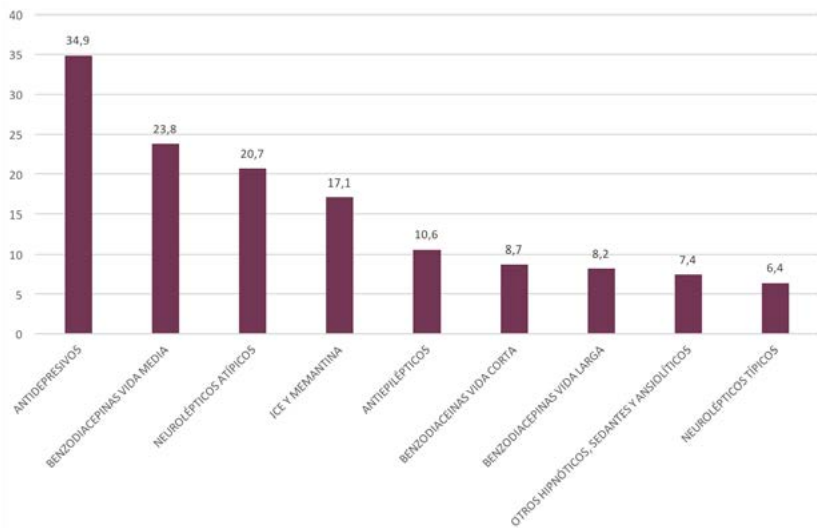


En segundo lugar, en relación al **OEI.2**, Valorar qué tipo de psicofármacos son las más prescritos a las personas mayores institucionalizadas, a continuación, se muestra en la tabla 14 el consumo de cada uno de los psicofármacos principales (neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas, otros hipnóticos, sedantes o ansiolíticos, ICE, memantina y antiepilépticos) y en la figura 17 se presentan nuevamente los datos con el desglose de los neurolépticos en típicos y atípicos y las benzodiazepinas según su vida media.

Tabla 14. Porcentajes en función de tipo de psicofármaco

| | |
|--|-------------|
| BENZODIACEPINAS | 43,1 |
| ANTIDEPRESIVOS | 34,9 |
| NEUROLÉPTICOS | 27,3 |
| ICE Y MEMANTINA | 17,1 |
| ANTIÉPILÉPTICOS | 10,6 |
| OTROS HIPNÓTICOS, SEDANTES Y ANSIOLÍTICOS | 7,4 |

Figura 17. Porcentajes en función de tipo de psicofármaco



En relación al **OEI.3**, con el fin de conocer el funcionamiento en diferentes variables psicofuncionales, en la tabla 15 se presentan las medias del estado cognitivo (escala MEC), el estado funcional (escala Barthel), el estado de la marcha y el equilibrio (escala Tinetti), la sintomatología depresiva (escalas Yessavage y Cornell) y a continuación se muestran en las figuras 18, 19, 20 y 21 el porcentaje de personas que presentan diferentes grados de afectación de estas variables.

Tabla 15. Media y desviación típica en las diferentes escalas de variables clínicas

| ESCALA | Media | DT | RANGO |
|-----------|-------|-------|-------|
| MEC | 16,14 | 10,95 | 0-35 |
| Barthel | 45,46 | 31,08 | 0-100 |
| Tinetti | 14,1 | 8,54 | 0-28 |
| Yessavage | 3,1 | 3,21 | 0-12 |
| Cornell | 4,33 | 5,29 | 0-26 |

Figura 18. Porcentaje en función de nivel de deterioro cognitivo medido por la escala MEC

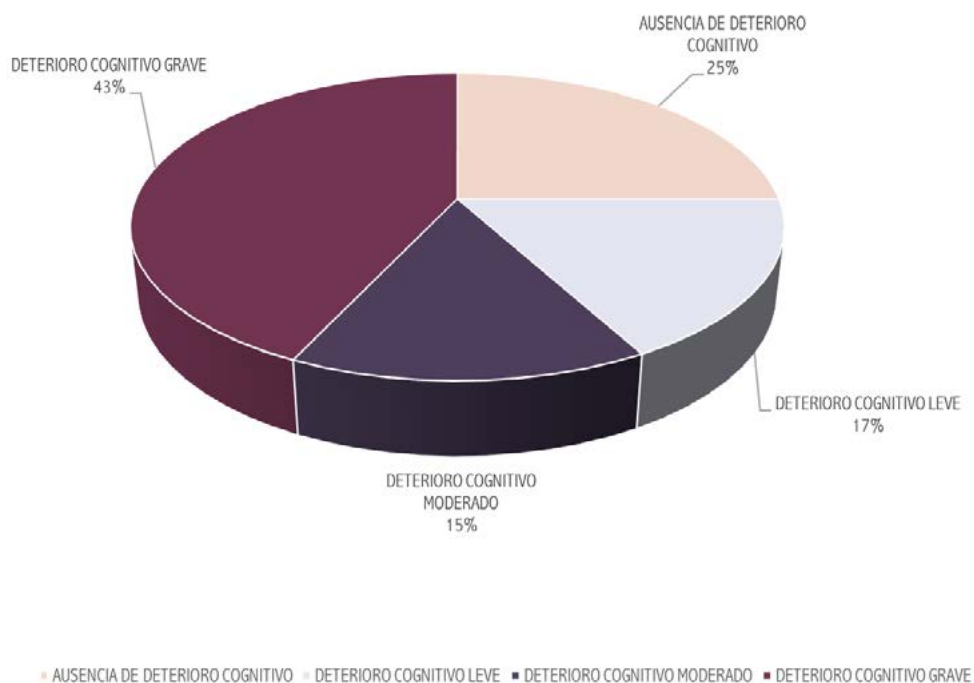


Figura 19. Porcentaje en función de nivel de dependencia funcional medido por la escala Barthel

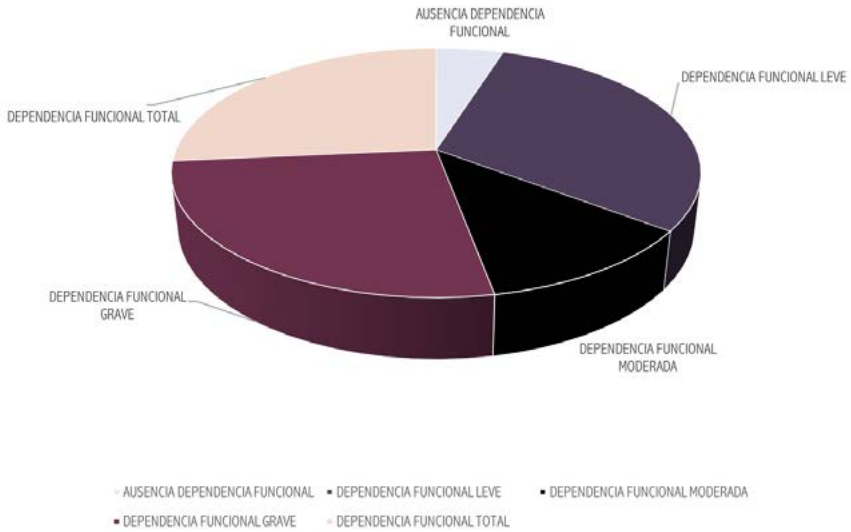


Figura 20. Porcentaje en función de nivel de estabilidad para la marcha medido por la escala Tinetti

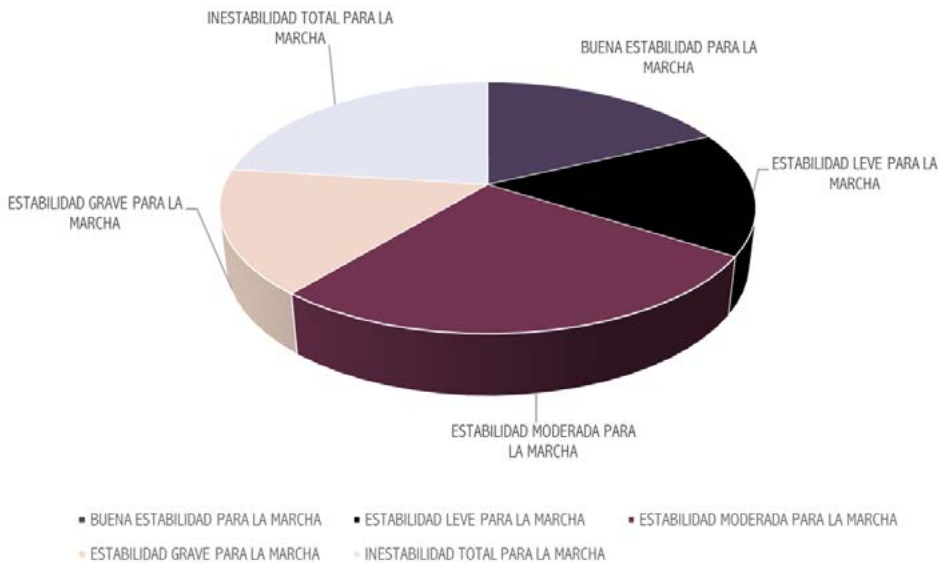
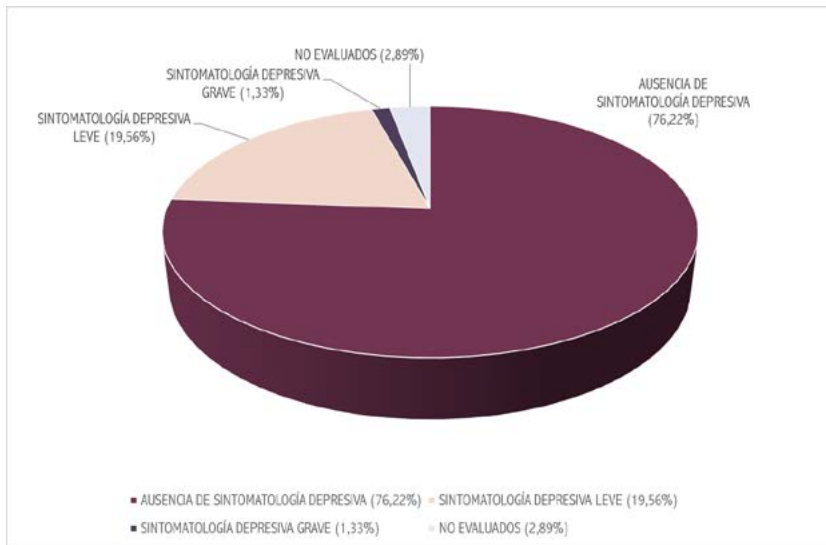


Figura 21. Porcentaje en función de estado anímico medido por escalas Yesavage y Cornell



En este caso, las puntuaciones no evaluadas corresponden a personas cuyo estado clínico no ha permitido a los profesionales evaluar correctamente su estado anímico. Un 20,89% de las personas evaluadas presentan sintomatología depresiva leve o grave según las escalas utilizadas.

Por lo que respecta al índice del riesgo de caídas medido por la escala Downton, se observó que un 86,7% de las personas mayores institucionalizadas tenían riesgo de sufrir caídas. En relación al nivel de participación en las actividades del centro, se obtuvo que un 39,8% no participaba en las mismas y un 50% de la muestra tenía problemas a la hora de comunicarse e interactuar.

Por último y por lo que respecta al **OEI.4**, estudiar las diferentes variables psicofuncionales y sanitarias en función de la edad, se probó la relación de tipo lineal entre las diferentes medidas clínicas con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso en relación a la edad, observándose una correlación

significativa y positiva con el consumo de psicofármacos ($r = ,136$; $p = ,004$). Por tanto, a mayor edad se le asocia un mayor consumo de psicofármacos; con el riesgo de caídas ($r = ,186$; $p < ,001$), mayor edad se relaciona con una mayor probabilidad de sufrir caídas; y una correlación significativa y negativa con la escala Barthel de estado funcional ($r = -,166$; $p < ,001$), ya que mayor edad se relaciona con menor puntuación en la escala, lo que implica mayor nivel de dependencia; con la escala Tinetti ($r = -,120$; $p = ,011$), ya que más edad se asocia con una mayor inestabilidad para la marcha; y con el MEC ($r = -,107$; $p = ,023$), de modo que el aumento de la edad se asocia con menor puntuación en la escala, es decir, un mayor deterioro cognitivo.

Por lo que respecta al género, al aplicar la prueba t se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en la cantidad de consumo de psicofármacos ($t(448) = -2,427$; $p = ,016$), el estado funcional ($t(448) = 3,55$; $p < ,001$), la estabilidad para la marcha ($t(447) = 2,81$; $p = ,005$), y el estado cognitivo (MEC) ($t(448) = 4,14$; $p < ,001$), pudiendo observarse las diferencias en las tablas 16 y 17.

Tabla 16. Diferencias variables psicofuncionales en función de género

| | Sexo | N | Media | Desviación estándar | Media de error estándar |
|--------------------|-------------|----------|--------------|----------------------------|--------------------------------|
| Estado cognitivo | Hombre | 119 | 19,65 | 10,989 | 1,007 |
| MEC | Mujer | 331 | 14,88 | 10,677 | ,587 |
| Estado funcional | Hombre | 119 | 54,03 | 31,423 | 2,881 |
| BARTHEL | Mujer | 331 | 42,37 | 30,417 | 1,672 |
| Estabilidad marcha | Hombre | 119 | 15,97 | 8,375 | ,768 |
| TINETTI | Mujer | 331 | 13,43 | 8,510 | ,468 |

Tabla 17. Diferencias prescripción psicofármacos en función de género

| | Sexo | N | Media | Desviación estándar | Media de error estándar |
|---------------|--------|-----|-------|---------------------|-------------------------|
| PSICOFÁRMACOS | Hombre | 119 | 1,25 | 1,137 | ,104 |
| | Mujer | 331 | 1,54 | 1,120 | ,062 |

Por otro lado, también se hallaron diferencias significativas en comunicación ($\chi^2(1) = 4,124$; $p = 0,042$), habiendo más mujeres con problemas de comunicación (38,88%) que hombres (11,11%), y en el índice del riesgo de caídas ($\chi^2(1) = 3,719$; $p = 0,054$), habiendo un porcentaje mayor de mujeres con riesgo de caídas (65,11%).

Pasamos a responder a las cuestiones planteadas por el **OG2**: Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables sanitarias y psicofuncionales en una muestra de personas mayores institucionalizadas, dado que algunas de estas variables pueden ofrecer información relevante en relación al uso de psicofármacos y el manejo de las AC.

Se presenta en la tabla 18 un resumen de las correlaciones analizadas.

Tabla 18. Correlaciones entre las variables consumo de psicofármacos, dependencia funcional, estabilidad para la marcha, deterioro cognitivo, estado anímico, SPC, caídas, participación en actividades y problemas de comunicación

| | | Deterioro | | | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|--------------|------------------------|------------------------|------------------|-----------------------|----------------------|------------|-------------------|------------------------------|---------------------------|
| | | PSICOFÁRMACO | Dependencia BARTHEL | Estabilidad TINETTI | cognitivo MEC | Depresión YESAVAGE | Depresión CORNELL | SPC NPI | Caídas DOWNTON | Participación actividades | Problemas comunicación |
| PSICOFÁRMACO | Correlación de Pearson | 1 | | | | | | | | | |
| Dependencia BARTHEL | Correlación de Pearson | -.070 | 1 | | | | | | | | |
| Estabilidad TINETTI | Correlación de Pearson | -.008 | .806** | 1 | | | | | | | |
| Deterioro cognitivo MEC | Correlación de Pearson | -.087 | .469** | .317** | 1 | | | | | | |
| Depresión YESAVAGE | Correlación de Pearson | .095 | -.124 | -.182* | -.116 | 1 | | | | | |
| Depresión CORNELL | Correlación de Pearson | .028 | -.053 | -.082 | .124* | | 1 | | | | |
| SPC NPI | Correlación de Pearson | .200** | -.190** | -.081 | -.310** | .283** | .446** | 1 | | | |
| Caídas DOWNTON | Correlación de Pearson | .041 | -.358** | -.328** | -.223** | .169* | .038 | .087 | 1 | | |
| Participación actividades | Correlación de Pearson | .023 | .001 | -.013 | -.038 | .127 | .199** | .144** | .008 | 1 | |
| Problemas Comunicación | Correlación de Pearson | .035 | -.407** | -.267** | -.617** | .003 | -.062 | .214** | .183** | -.003 | 1 |

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En primer lugar, y por lo que respecta al uso/consumo de fármacos, éstos correlacionaron de forma positiva con las AC medidas a través del NPI ($r = ,200$; $p < ,001$).

Las AC correlacionaron de forma negativa con el estado funcional ($r = , -190$; $p < ,001$), de modo que a más AC mayor dependencia funcional, y con el estado cognitivo ($r = , -310$; $p < ,001$), de modo que, a más AC menor puntuación en el MEC, lo que implica mayor nivel de deterioro cognitivo. Así mismo, las AC correlacionaron de forma positiva con la sintomatología depresiva en las dos escalas de Cornell ($r = ,446$; $p < ,001$) y Yessavage ($r = ,293$; $p < ,001$), de modo que a más puntuación en AC, mayor sintomatología depresiva. La presencia de AC se relacionó con con una menor participación en actividades ($r = ,114$; $p < ,001$) y con más problemas de comunicación ($r = ,214$; $p < ,001$).

El nivel de deterioro cognitivo correlacionó de forma positiva con el estado funcional ($r = ,469$; $p < ,001$) y con la estabilidad para la marcha ($r = ,317$; $p < ,001$). Es decir, un mayor deterioro cognitivo (menor puntuación en escala MEC) se relacionó con una mayor dependencia funcional (menor puntuación en la escala Barthel), y con una mayor inestabilidad para la marcha (menor puntuación en la escala Tinetti). Por otro lado, el nivel de deterioro cognitivo correlacionó de forma negativa con el índice de riesgo de caídas de Downton ($r = , -223$; $p < ,001$); y con la comunicación ($r = , -617$; $p < ,001$), lo que muestra que un mayor deterioro cognitivo se asoció a una mayor probabilidad de sufrir caídas y más problemas en la comunicación.

En cuanto al estado funcional medido a través de la escala Barthel, una mayor dependencia funcional correlacionó de forma positiva con la estabilidad para la marcha medida por la escala Tinetti ($r = ,806$; $p < ,001$), es decir, a menor puntuación en Barthel, y por tanto más pérdida de autonomía, menor puntuación en Tinetti y por tanto, peor equilibrio y marcha. La dependencia funcional también se asoció de forma negativa con el índice de riesgo de caídas de Downton ($r = , -358$; $p < ,001$); y los problemas de comunicación ($r = , -407$; $p < ,001$), lo que implica que, a menor puntuación en Barthel (mayor dependencia funcional), mayor riesgo de caídas y más problemas de comunicación.

La sintomatología depresiva medida a través de la escala Yessavage correlacionó de forma positiva con el índice de riesgo de caídas de Downton ($r = ,169$; $p < ,005$) y de forma negativa con la escala Tinetti ($r = , -182$; $p < ,005$). Es decir, que la presencia de sintomatología depresiva se asoció a un mayor riesgo de caídas y una mayor inestabilidad para la marcha.

Por lo que se refiere a la estabilidad para la marcha, se observó una correlación negativa con el índice de caídas de Downton ($r = ,328$; $p < ,001$) y una correlación negativa con la comunicación ($r = , -267$; $p < ,030$). Lo que nos indica que la mayor inestabilidad para la marcha se asocia con mayor riesgo de sufrir caídas y más problemas en la comunicación.

8.2. Resultados Estudio 2

Con respecto a los datos descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra de profesionales, se resume en la tabla 19 la información básica de los profesionales participantes en el estudio ya descrita en el apartado 7.3.1. de este trabajo.

Tabla 19. Características generales de la muestra Estudio 2

| | | DT | RANGO |
|--|----------------|----------------|--------------|
| N | 173 | | |
| Media de EDAD | 39,78 | 11,27 | 22-63 |
| GÉNERO | MUJER 92,5% | HOMBRE 7,5% | |
| MEDIA AÑOS DE EXPERIENCIA EN SECTOR | 9,58 | 6,93 | 0-33 |
| PUESTO DE TRABAJO | EQUIPO TÉCNICO | 8,7% | |
| | AUXILIARES | 80,9% | |
| | DUE | 5,2% | |
| | OTROS | 5,2% | |

Pasamos a responder al **OG3**. Evaluar los conocimientos teóricos y prácticos sobre AC de los profesionales de residencias y cuantificar los beneficios tras un programa formativo para promover el uso de técnicas no farmacológicas como estrategia de intervención de las AC, favoreciendo el modelo AICP para mejorar la atención, la comunicación y cuidados de los residentes institucionalizados.

Para responder al **OE3.1**. Determinar si los años de experiencia trabajando con personas mayores se relacionan con los conocimientos teóricos y prácticos que poseen los trabajadores antes del programa de intervención.

En la tabla 20, podemos observar la media de respuestas de los participantes en la fase pretest. Estas puntuaciones corresponden a la parte teórica puntuada de 0 a 15 puntos.

Tabla 20. Puntuaciones parte teórica fase pretest según años de experiencia Estudio 2

| | Media | DT | RANGO |
|---|--------------|-----------|--------------|
| Experiencia Baja (0-4 años) | 9,620 | 50 | 2,21 |
| Experiencia Media (5-9 años) | 8,489 | 47 | 2,14 |
| Experiencia Alta (≥10 años) | 7,566 | 76 | 2,25 |
| Total | 8,410 | 173 | 2,36 |

Se analizan las diferencias en la puntuación obtenida en conocimientos teóricos en función de la experiencia. Previamente se contrasta el cumplimiento de homogeneidad de varianzas mediante la prueba Levene. Se obtiene un valor del estadístico de 0,434 cuyo $p=0,649$ con lo que se asume que la variabilidad de la puntuación en teoría es igual en los tres grupos de experiencia.

Se concluye que sí existen diferencias significativas en el nivel de conocimientos de teoría entre los tres grupos de experiencia ($F(2,170)=13,040$; $p<0,001$).

Mediante la prueba post-hoc de Scheffe se detecta que el grupo de Experiencia Baja tiene un nivel de conocimientos significativamente mayor que el grupo de Experiencia Media ($p=0,045$) y que el grupo de Experiencia Alta ($p=0,000$).

Por tanto, los profesionales con menor experiencia puntúan más alto en la prueba teórica que incluía conocimientos teóricos sobre el modelo AICP, la validación y la correcta comunicación a las personas con demencia.

En la parte práctica, evaluada de 0 a 12 puntos, vemos que en la fase pretest la mayoría de los participantes obtienen de 0 a 3 puntos.

Tabla 21. Puntuaciones parte práctica fase pretest según años de experiencia Estudio 2

| Rango de Respuesta | Experiencia Baja 0-4 años | Experiencia Media 5-9 años | Alta Experiencia ≥ 10 años |
|---------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 0-3 | 64,0% | 63,8% | 69,7% |
| 4-6 | 26,0% | 27,7% | 25,0% |
| 7-9 | 10,0% | 8,5% | 5,3% |
| 10-12 | 0% | 0% | 0% |

No se encuentran diferencias significativas entre grupos ($p\ 0,47 > 0,05$) por lo que los años de experiencia en el sector no influyen en la práctica al mediar con AC.

Para responder al **OE3.2**. Incrementar los conocimientos teóricos de los profesionales sobre AC para fomentar una identificación y manejo adecuado de AC, se ha realizado un contraste de medias de la puntuación obtenida en la parte teórica en los momentos pre y post intervención.

La puntuación media de la parte teórica (con puntuación sobre 15 puntos) en la fase pretest es de 8,41 (DT= 2,36) mientras que el valor promedio en la fase posttest es de 11,61 (DT= 2,37).

En primer lugar, asumiendo un nivel de error [Símbolo] $<0,05$, se observa que las puntuaciones en conocimientos teóricos en la prueba de conocimientos pretest y posttest no se aproximan a distribuciones normales, por lo que procedemos a aplicar la prueba de Wilcoxon según la cual las diferencias observadas son significativas, en esta variable y en las otras tres que componen la parte práctica y que se desglosan en respuesta al **OE3.3**.

Para dar respuesta al **OE3.3**. Fomentar y mejorar los conocimientos prácticos del manejo de las AC como la detección, el manejo y el registro de estos síntomas de los profesionales asistentes a la formación, se han valorado los dos casos conjuntamente por lo que las frecuencias de respuesta corresponden a la puntuación global obtenida.

Recordamos que este aspecto práctico estaba compuesto por tres apartados: 1. **Detección**, que se refiere a saber detectar y reconocer la alteración conductual; 2. **Registro**, que significa registrar correctamente los estímulos precipitantes y la respuesta de la persona y 3. **Manejo**, que contempla una correcta intervención ambiental, buenas estrategias de comunicación y que se anote adecuadamente para que la información llegue al resto de profesionales del centro y se puedan diseñar actuaciones integrales y multidisciplinarias. Por eso hablaremos de los datos obtenidos en cada uno de ellos separadamente.

DETECCIÓN: En la tabla 22, se observa que en el momento pretest la mayor frecuencia de respuestas se encuentra en la puntuación 0,5, es decir que se detecta y se reconoce 1 de los 3 SPCD de los casos, mientras que tras el programa formativo el 90% de los participantes obtienen una puntuación 2, es decir, reconocen las 3 AC planteadas por los 2 casos prácticos. Por tanto, hay una mejora significativa en la detección de los SPC.

Tabla 22. Porcentaje de respuestas en Detección de AC

| RANGO DE RESPUESTAS | RESPUESTAS PRE (%) | RESPUESTAS POST (%) |
|--|--------------------|---------------------|
| 0. NO RECONOCE NINGÚN SPC | 11 | 0 |
| 0,5. RECONOCE UNA DE LAS TRES AC | 59,0 | 1,2 |
| 1. RECONOCE DOS AC | 10,3 | 9,2 |
| 2. RECONOCE LAS TRES AC DE LOS DOS CASOS | 19,7 | 89,6 |

REGISTRO: La mayoría de los participantes registran correctamente en la fase pretest y en la fase posttest.

Tabla 23. Porcentaje de respuestas en Registro de AC

| RANGO DE RESPUESTAS | RESPUESTAS PRE (%) | RESPUESTAS POST (%) |
|---------------------|--------------------|---------------------|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 6,4 | 2,3 |
| 3 | 1,2 | 0 |
| 4 | 92,5 | 97,7 |

MANEJO: Podemos observar que un 92,5% de participantes realizan correctamente 2 y 3 aspectos del correcto manejo mientras que tras el curso, un 93,6% realizan 4, 5 y 6 (Tabla 24), lo cual indica un aprendizaje de la mayoría de los participantes.

Tabla 24. Porcentaje de respuestas en Manejo de AC

| RANGO DE RESPUESTAS | RESPUESTAS PRE (%) | RESPUESTAS POST (%) |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 0 | 0 |
| 2 | 66,5 | 0 |
| 3 | 26,0 | 6,4 |
| 4 | 7,5 | 31,2 |
| 5 | 0 | 52,6 |
| 6 | 0 | 9,8 |

8.3. Resultados Estudio 3

Como resumen, se incluye en la tabla 25 la información básica de la muestra de personas mayores del grupo control y del grupo experimental que han participado en el Estudio 3 y sus principales características sociodemográficas que ya se habían descrito en el apartado 7.4.1. de este trabajo.

Tabla 25. Características generales de la muestra Estudio 3

| N145 | | | | | | |
|---------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|-------|
| GRUPO EXPERIMENTAL N82 | | | | GRUPO CONTROL N63 | | |
| Edad | Media | DT | RANGO | Media | DT | RANGO |
| | | 87,23 | 6,58 | 70-99 | 83,51 | 10,47 |
| Género | Mujer | Hombre | | Mujer | Hombre | |
| | 79,2% | 20,7% | | 69,8% | 30,2% | |

OG4. Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

Por lo que respecta al **OE4.1**, que pretendía evaluar el impacto de la institucionalización de una persona en el consumo de psicofármacos, el análisis mostró un aumento de la prescripción de psicofármacos desde el ingreso al momento previo a la intervención en ambos grupos.

Se presentan inicialmente los datos que corresponden a la evolución del T0 al T1 que muestra el efecto de la institucionalización de una persona mayor a un centro residencial (sin que exista efecto de la intervención) ya que el T0 corresponde al momento del ingreso de la persona y el T1 al momento previo a la intervención.

Tabla 26. Media consumo de psicofármacos entre T0 y T1 y estadísticos univariados de comparación de grupos experimental y control

| Tiempo | GrE | GrC | F | p | η^2 |
|--------|------|------|------|------|----------|
| T0 | 1,56 | 1,47 | 0,19 | ,663 | ,001 |
| T1 | 1,65 | 1,60 | 0,06 | ,798 | ,000 |

GrE: Grupo experimental - GrC: Grupo control

El **OE4.2**, perseguía analizar la prescripción de psicofármacos a lo largo de cinco momentos temporales. Mediante medidas repetidas, se observó un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo ($F(2, 10) = 18,90$; $P < 0,001$; $\eta^2 = 0,117$). Además, y al comparar las puntuaciones de los dos grupos, se comprobó la existencia de diferencias significativas en los tres últimos tiempos tal y como puede observarse en la tabla 25.

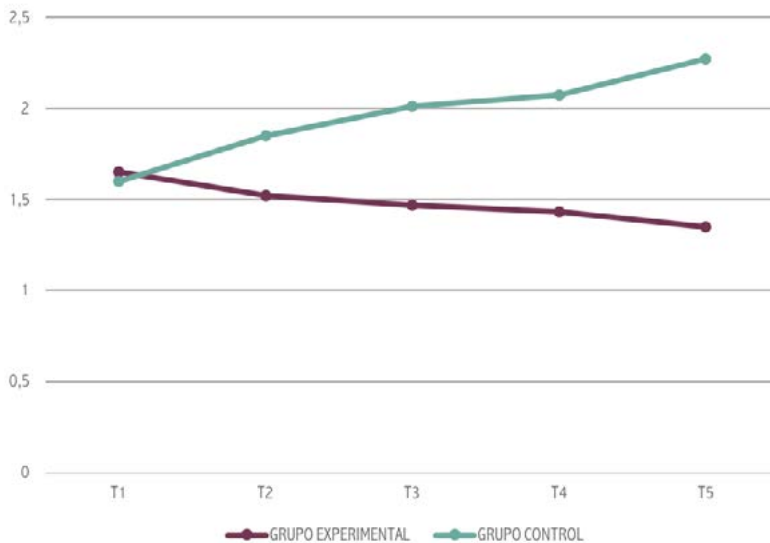
Tabla 27. Media consumo de psicofármacos en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación de grupos experimental y control

| Tiempo | GrE | GrC | F | p | η^2 |
|--------|------|------|-------|------|----------|
| T1 | 1,65 | 1,60 | 0,06 | ,798 | ,000 |
| T2 | 1,52 | 1,85 | 2,05 | ,154 | ,014 |
| T3 | 1,47 | 2,01 | 5,51 | ,020 | ,037 |
| T4 | 1,43 | 2,07 | 7,71 | ,006 | ,051 |
| T5 | 1,35 | 2,27 | 14,68 | ,000 | ,093 |

GrE: Grupo experimental - GrC: Grupo control

Con respecto a la intervención, se produjo una disminución significativa de los psicofármacos para el grupo experimental ($F_{5,139} = 2,37$, $p < 0,042$, $\eta^2 = 0,079$) y un aumento que fue significativo para el grupo control ($F_{5,139} = 8,46$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,233$).

Figura 22. Evolución del consumo de psicofármacos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales



A continuación, se muestran los cambios producidos en los cinco momentos temporales de los 9 tipos de psicofármacos en cada uno de los grupos (con y sin intervención).

Figura 23. Evolución de la prescripción de Neurolépticos Típicos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

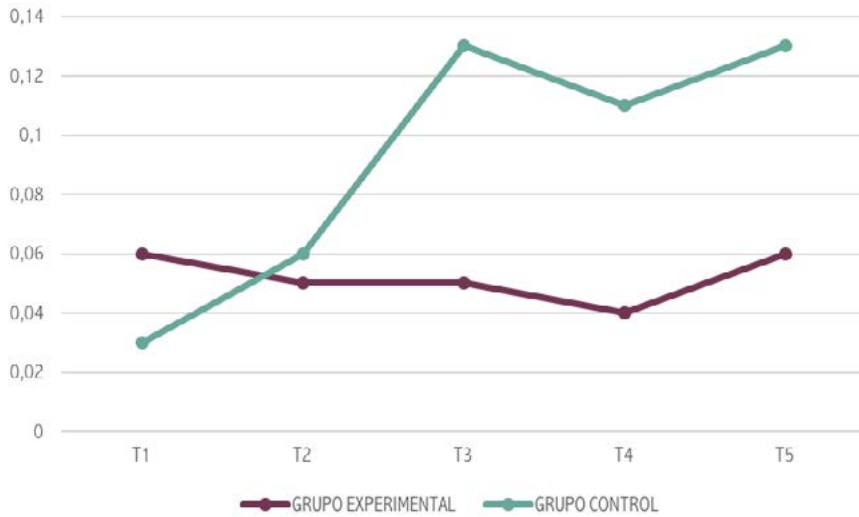


Figura 24. Evolución de la prescripción de Neurolépticos Atípicos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

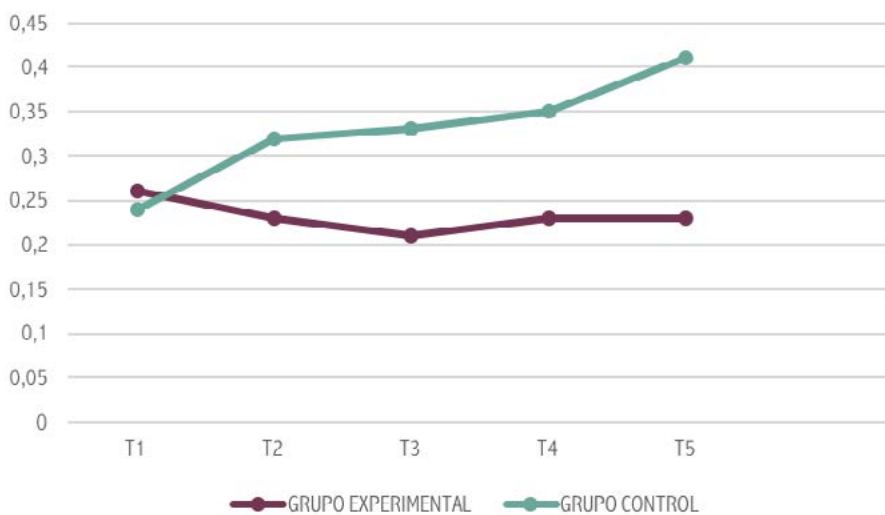


Figura 25. Evolución de la prescripción de Benzodiazepinas de Vida Corta en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

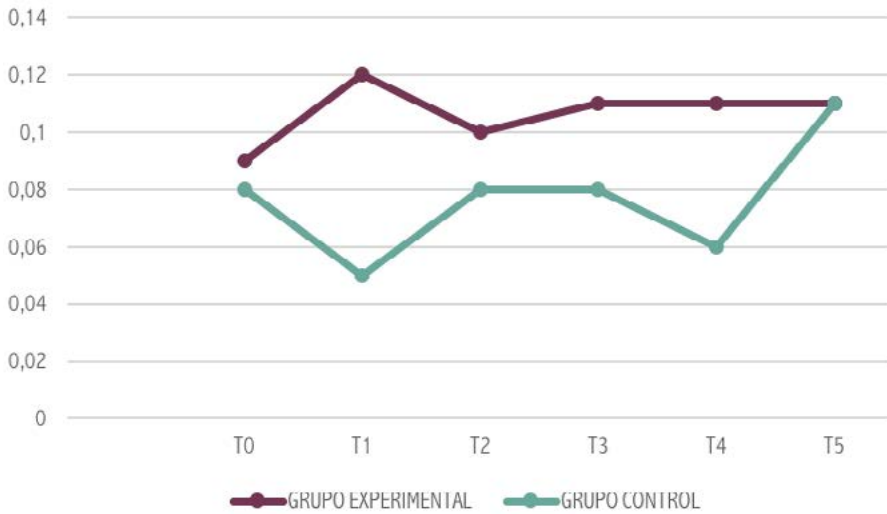


Figura 26. Evolución de la prescripción de Benzodiazepinas de Vida Media en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

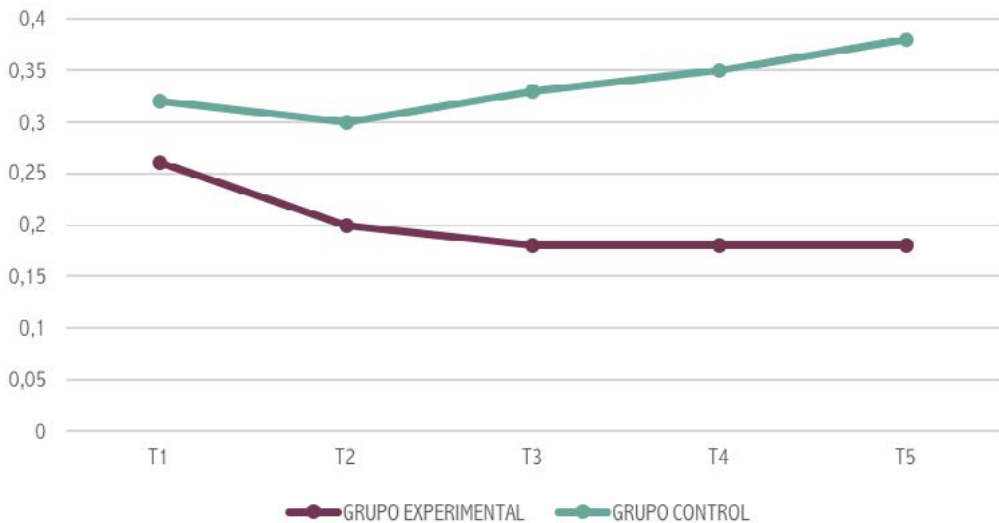


Figura 27. Evolución de la prescripción de Benzodiacepinas de Vida Larga en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

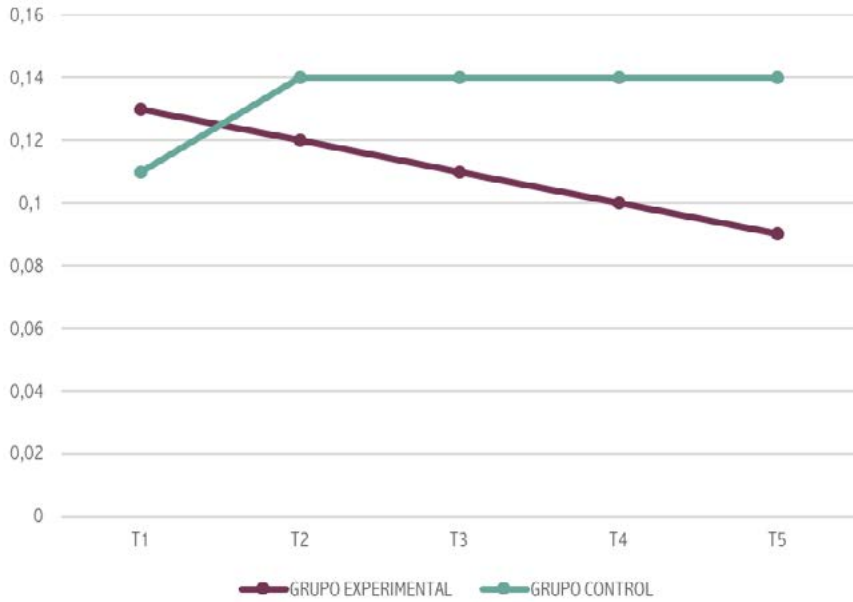


Figura 28. Evolución de la prescripción de otros Hipnóticos, sedantes y ansiolíticos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

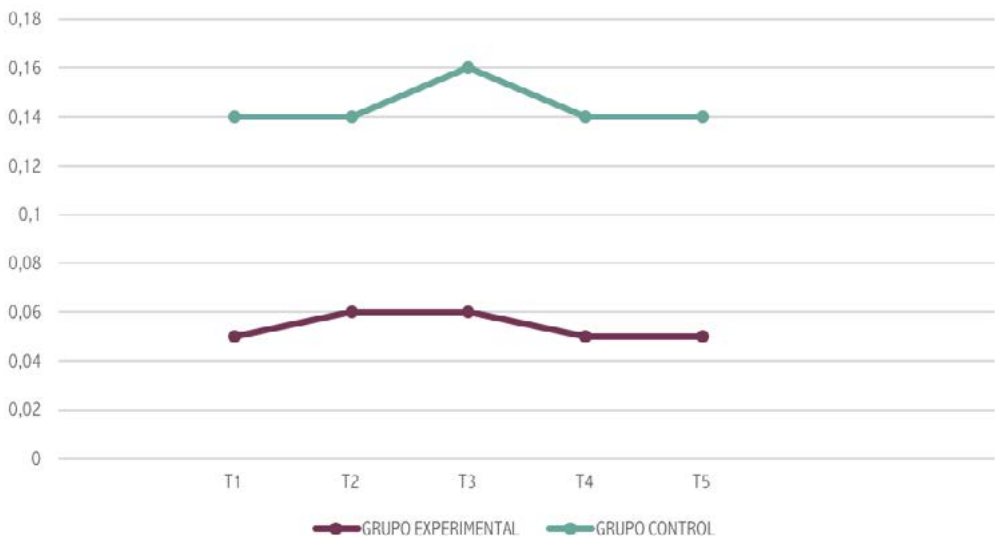


Figura 29. Evolución de la prescripción de Antidepresivos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

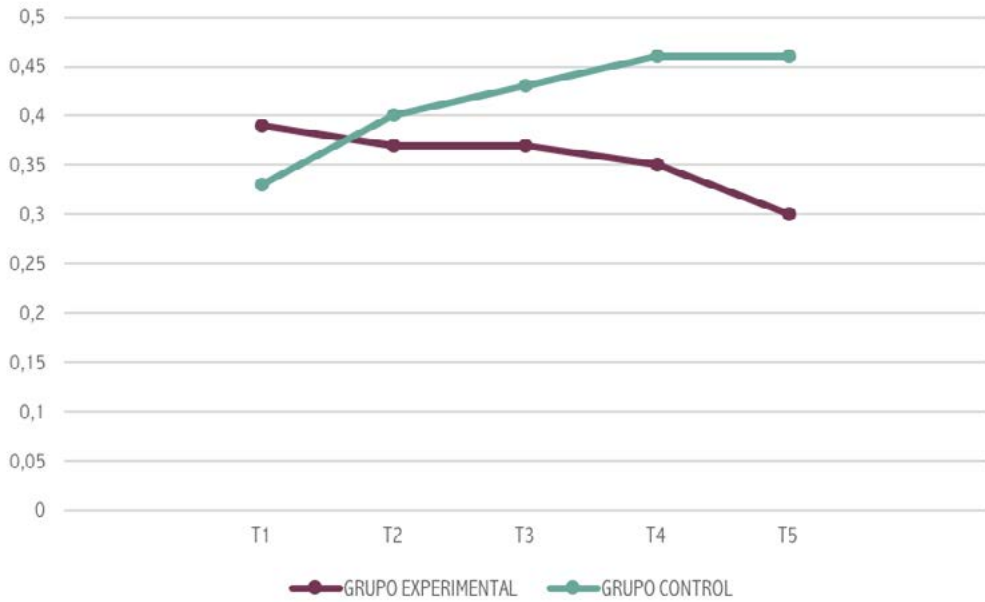


Figura 30. Evolución de la prescripción de Antiepilépticos en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales

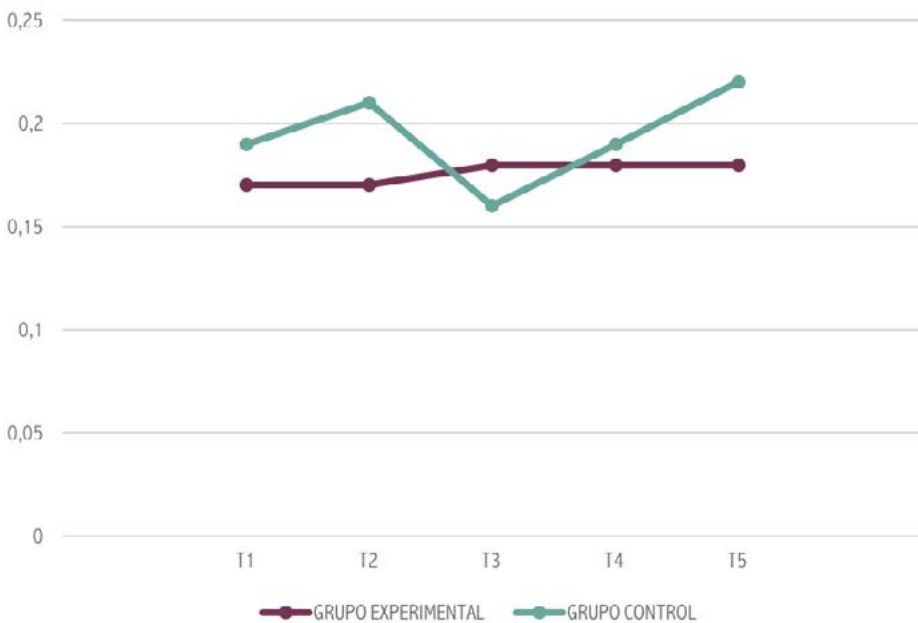
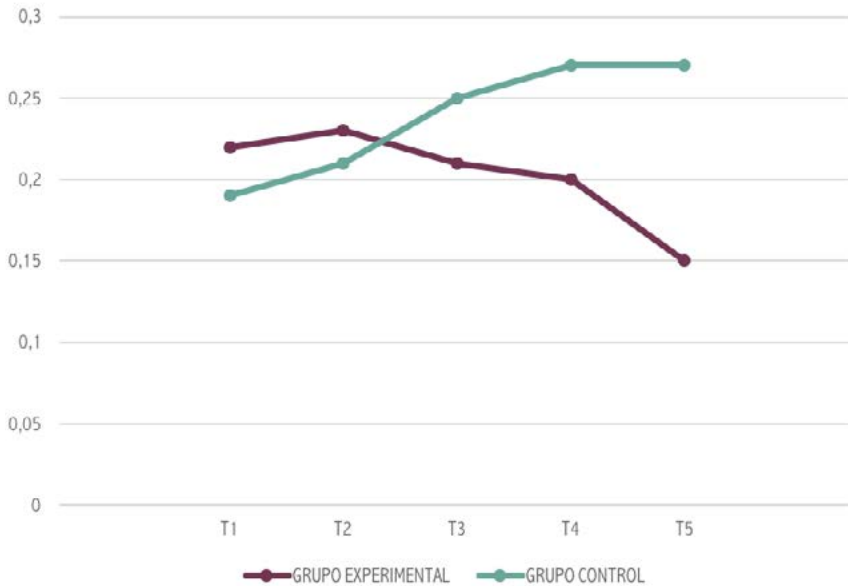


Figura 31. Evolución de la prescripción de Inhibidores de la Colinesterasa y Memantina en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales



En segundo lugar, a través del **OE4.3**, se pretendía analizar si se obtuvo una reducción de las AC a lo largo de los cinco momentos temporales como efecto de la la formación de los profesionales mediante la buena praxis para mitigar o lidiar con los SPC. El análisis de medidas repetidas, mostró un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo ($F(3,407) = 9,29; P < 0,001; \eta^2 = 0,063$). Sin embargo, al comparar las puntuaciones de los dos grupos, se comprobó la existencia de diferencias significativas para el primer y último momento temporal tal y como puede observarse en la tabla 28.

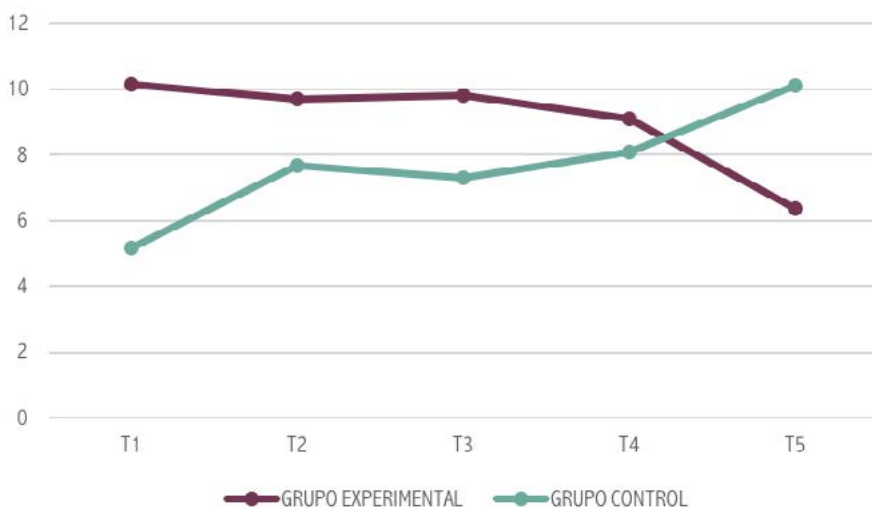
Tabla 28. Media de prevalencia de las AC en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación de grupos experimental y control

| Tiempo | GrE | GrC | F | p | η^2 |
|--------|-------|-------|------|------|----------|
| T1 | 10,13 | 5,18 | 9,01 | ,003 | ,061 |
| T2 | 9,68 | 7,65 | 1,69 | ,195 | ,012 |
| T3 | 9,81 | 7,28 | 2,19 | ,141 | ,016 |
| T4 | 9,10 | 8,08 | 0,39 | ,530 | ,003 |
| T5 | 6,36 | 10,10 | 5,90 | ,016 | ,041 |

A continuación, se realizó el estudio de la evolución de los SPC a lo largo de los diferentes momentos temporales, analizando de forma independiente los grupos con y sin intervención. El análisis mostró una disminución significativa de los SPC para el grupo de intervención ($F_{4,135} = 4,45$, $p < 0,002$, $\eta^2 = 0,116$) y un aumento que fue significativo para el grupo sin intervención ($F_{4,135} = 3,98$, $p < 0,004$, $\eta^2 = 0,106$).

En la figura 32 pueden observarse la trayectoria de los SPC en ambos grupos a lo largo de los cinco momentos temporales.

Figura 32. Evolución de las AC en los cinco momentos temporales en los grupos experimental y control



Se muestran los cambios producidos en cada uno de las AC en los grupos con y sin intervención.

Tabla 29. Media de prevalencia de las AC en los cinco momentos temporales en los grupos con y sin intervención

| | T1 | | T2 | | T3 | | T4 | | T5 | |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | GrE | GrC | GrE | GrC | GrE | GrC | GrE | GrC | GrE | GrC |
| Delirios | 0,21 | 0,25 | 0,24 | 0,30 | 0,21 | 0,32 | 0,23 | 0,30 | 0,16 | 0,33 |
| Alucinaciones | 0,06 | 0,06 | 0,04 | 0,08 | 0,05 | 0,08 | 0,06 | 0,11 | 0,00 | 0,11 |
| Agitación/agresión | 0,27 | 0,19 | 0,24 | 0,27 | 0,28 | 0,24 | 0,21 | 0,30 | 0,15 | 0,32 |
| Ansiedad | 0,30 | 0,11 | 0,33 | 0,11 | 0,28 | 0,10 | 0,27 | 0,10 | 0,24 | 0,14 |
| Euforia | 0,02 | 0,02 | 0,04 | 0,00 | 0,02 | 0,00 | 0,05 | 0,03 | 0,02 | 0,02 |
| Apatía/indiferencia | 0,16 | 0,08 | 0,06 | 0,06 | 0,06 | 0,14 | 0,07 | 0,13 | 0,12 | 0,11 |
| Deshinibición | 0,10 | 0,06 | 0,09 | 0,08 | 0,09 | 0,06 | 0,10 | 0,06 | 0,10 | 0,06 |
| Irritabilidad/Labilidad | 0,28 | 0,11 | 0,28 | 0,27 | 0,33 | 0,10 | 0,33 | 0,10 | 0,23 | 0,13 |
| Actividad motora aberrante | 0,09 | 0,14 | 0,06 | 0,16 | 0,04 | 0,16 | 0,04 | 0,24 | 0,02 | 0,30 |
| Sueño/conductas nocturnas | 0,11 | 0,03 | 0,07 | 0,00 | 0,05 | 0,03 | 0,10 | 0,00 | 0,05 | 0,02 |
| Apetito y hábitos alimenticios | 0,18 | 0,00 | 0,13 | 0,00 | 0,10 | 0,00 | 0,12 | 0,02 | 0,13 | 0,00 |

GrE: Grupo experimental - GrC: Grupo control

Por último, y por lo que respecta al **OE4.4**, con respecto a las variables Estado funcional, Marcha y equilibrio y Sintomatología depresiva evaluadas por medidas repetidas en los cinco tiempos en el grupo control y experimental, se presentan a continuación los resultados ordenados por áreas.

EVOLUCIÓN ESTADO FUNCIONAL. En relación al nivel de dependencia medido a través de la escala Barthel, se pretendía analizar si se obtuvo una reducción, o al menos el mantenimiento, del nivel funcional a lo largo de los cinco momentos temporales como efecto de la intervención en la formación de los profesionales. El análisis de medidas repetidas, mostró un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo ($F(2,309) = 3,237$; $P < 0,031$; $\eta^2 = 0,022$), pero no hubieron diferencias significativas en los diferentes momentos temporales al comparar ambos grupos (ver tabla 30).

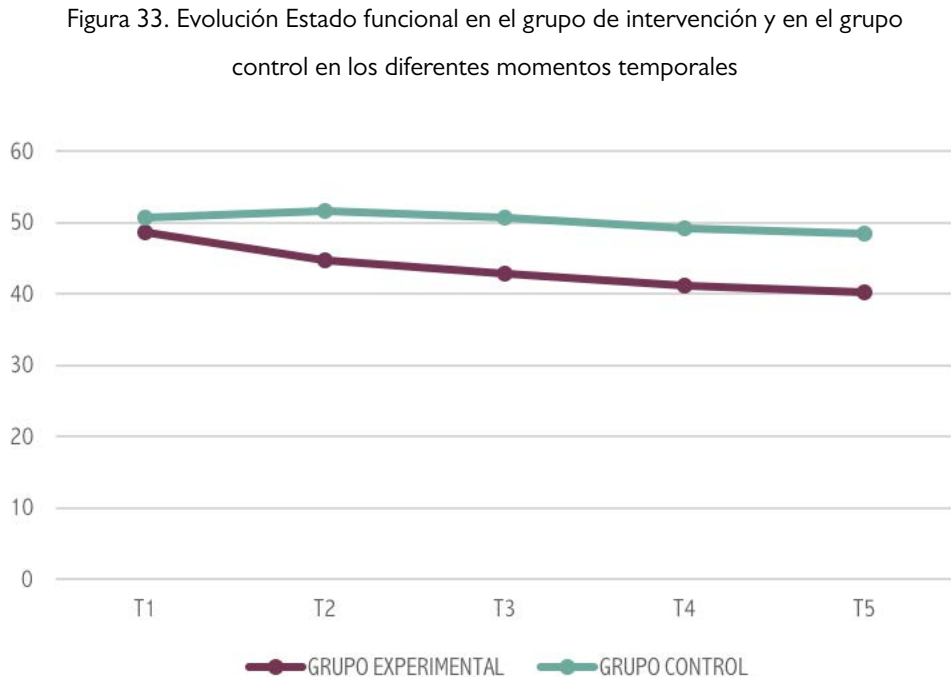
Tabla 30. Media de Estado funcional en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

| Tiempo | GrE | GrC | F | p | η^2 |
|--------|-------|-------|-------|------|----------|
| T1 | 48,58 | 50,63 | 0,144 | ,705 | ,001 |
| T2 | 44,63 | 51,58 | 1,704 | ,194 | ,012 |
| T3 | 42,86 | 50,71 | 2,231 | ,138 | ,015 |
| T4 | 41,24 | 49,28 | ,327 | ,129 | ,016 |
| T5 | 40,24 | 48,41 | 2,364 | ,126 | ,016 |

GrE: Grupo experimental - GrC: Grupo control

Por lo que respecta al análisis de los grupos (tratamiento y control) de forma independiente para valorar la evolución del nivel funcional a lo largo de los diferentes momentos temporales, se observó mostró una disminución significativa del nivel de dependencia para el grupo con intervención ($F(4,140) = 5,33$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,132$) y una ausencia de diferencias significativas para el grupo control ($F(4,140) = 0,93$, $p < 0,474$, $\eta^2 = 0,026$).

En el figura 33 pueden observarse el nivel de dependencia en ambos grupos a lo largo de los 5 momentos temporales.



EVOLUCIÓN MARCHA Y EQUILIBRIO. Por lo que respecta la estabilidad para la marcha medida con la escala Tinetti se observó un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo ($F(2,309) = 3,237$; $P < 0,031$; $\eta^2 = 0,022$), lo que mostró una reducción de la inestabilidad para la marcha a lo largo de los cinco momentos temporales como efecto de la intervención en la formación de los profesionales. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los diferentes momentos temporales al comparar ambos grupos (ver tabla 31).

Tabla 31. Media de Marcha y equilibrio en los cinco momentos temporales y estadísticos univariados de comparación en grupos experimental y control

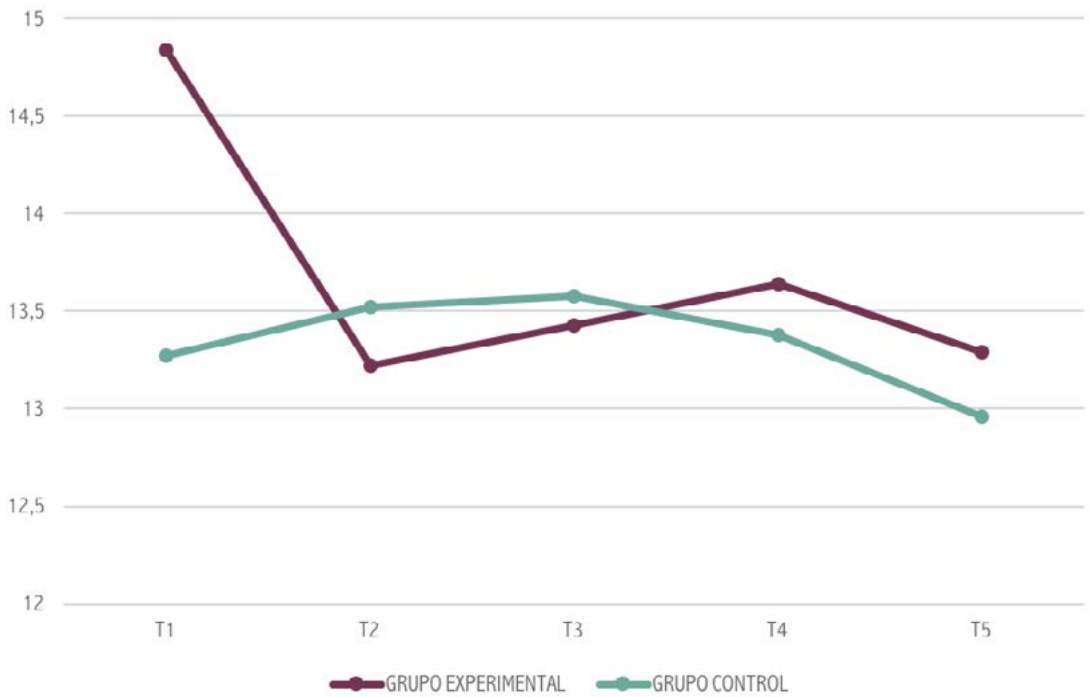
| Tiempo | GrE | GrC | F | p | η^2 |
|---------------|------------|------------|----------|----------|----------------------------|
| T1 | 14,84 | 13,27 | 1,125 | ,291 | ,008 |
| T2 | 13,22 | 13,52 | 0,042 | ,838 | ,000 |
| T3 | 13,43 | 13,58 | 0,011 | ,917 | ,000 |
| T4 | 13,64 | 13,38 | 0,032 | ,859 | ,000 |
| T5 | 13,29 | 12,96 | 0,050 | ,823 | ,000 |

GrE: Grupo experimental - GrC: Grupo control

Al analizar los grupos por separado, se observó una disminución significativa en las puntuaciones de la escala Tinetti lo que corresponde a una mejora en la Marcha y el equilibrio a lo largo de los diferentes momentos temporales en el grupo de intervención ($F(4,139)= 4,75$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,120$) y una ausencia de diferencias significativas para el grupo control ($F(4,139)= 0,70$, $p < 0,590$, $\eta^2 = 0,020$).

En la figura 34 pueden observarse el índice de caídas en ambos grupos a lo largo de los 5 momentos temporales.

Figura 34. Evolución Marcha y equilibrio en el grupo de intervención y en el grupo control en los diferentes momentos temporales



EVOLUCIÓN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA. En esta variable el análisis de medidas repetidas no mostró un efecto significativo de la intervención para la interacción tiempo-grupo ni en la escala de Yesavage ($F(3,8) = 1,840$; $P = 0,134$; $\eta^2 = 0,042$) ni en la escala Cornell ($F(3,8) = 1,840$; $P = 0,134$; $\eta^2 = 0,042$).

CAPÍTULO 9

Discusión

Esta tesis doctoral se ha elaborado con el objetivo de conocer cómo es el manejo de los aspectos conductuales de las personas mayores que viven en residencias. Para ello, se han establecido tres partes con el objetivo de evaluar, fomentar y mejorar el uso de intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de los SPC, siempre considerando como eje central a las personas.

En primer momento se ha realizado un análisis descriptivo de la situación que encontramos actualmente en ámbito residencial del consumo de psicofármacos en un grupo de centros residenciales y otras variables cognitivas, emocionales, conductuales y funcionales que pueden ser de interés y nos pueden ofrecer una imagen de las personas mayores institucionalizadas en nuestro país. Por otra parte, se ha realizado una formación dirigida a los profesionales teniendo en cuenta las características concretas de sus centros y transmitiendo en las formaciones los beneficios de observar, conocer y manejar la singularidad de las personas a las que cuidan, con identidad, intereses y necesidades individuales que trabajar y tener en cuenta. Finalmente, hemos evaluado el impacto de la formación psicoeducativa.

Los resultados son alentadores y procedemos a comentarlos uno por uno en este apartado. Para seguir más fácilmente el orden establecido, se presenta en la siguiente tabla 32 un resumen de los objetivos planteados en la investigación y que vamos a discutir separadamente en este capítulo.

Tabla 32: Resumen de los objetivos de la investigación

OBJETIVO GENERAL I

Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

| | |
|----------------------------|--|
| OBJETIVO ESPECÍFICO I.1 | Definir qué trastornos conductuales predominan en contextos residenciales. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO I.2 | Valorar qué tipo de psicofármacos son las más prescritos a las personas mayores institucionalizadas. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO I.3 | Conocer el funcionamiento de las variables psicofuncionales como el estado cognitivo, el estado funcional, la estabilidad para la marcha, el estado anímico (o sintomatología depresiva), el riesgo de caídas, la participación en actividades y la comunicación en una muestra de personas mayores institucionalizadas. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO I.4 | Estudiar las diferentes variables psicofuncionales en función de la edad y género. |

OBJETIVO GENERAL 2

Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables sanitarias y psicofuncionales en una muestra de personas mayores institucionalizadas, dado que algunas de estas variables pueden ofrecer información relevante en relación al uso de psicofármacos y el manejo de las AC.

| | |
|------------------------------------|--|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1</p> | <p>Estudiar las relaciones entre las AC y el uso de medicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2</p> | <p>Valorar las relaciones existentes entre AC y el estado cognitivo, el estado funcional, el estado anímico, el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3</p> | <p>Analizar las relaciones entre el estado cognitivo y otras variables psicofuncionales como el estado anímico, el estado funcional, el riesgo de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4</p> | <p>Estudiar la relación entre el estado funcional, el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.5</p> | <p>Valorar las relaciones existentes entre la sintomatología depresiva, el índice de caídas, el nivel de participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.6</p> | <p>Conocer si existe relación entre el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |

OBJETIVO GENERAL 3

Evaluar los conocimientos teóricos y prácticos sobre AC de los profesionales de residencias y cuantificar los beneficios tras un programa formativo para promover el uso de técnicas no farmacológicas como estrategia de intervención de las AC, favoreciendo el modelo AICP para mejorar la atención, la comunicación y cuidados de los residentes institucionalizados.

| | |
|----------------------------|--|
| OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1 | Determinar si los años de experiencia trabajando con personas mayores se relacionan con los conocimientos teóricos y prácticos que poseen los trabajadores antes del programa de intervención. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2 | Incrementar los conocimientos teóricos de los profesionales sobre AC para fomentar una identificación y manejo adecuado de AC. |
| OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3 | Fomentar y mejorar los conocimientos prácticos del manejo de las AC como la detección, el manejo y el registro de estos síntomas de los profesionales asistentes a la formación. |

OBJETIVO GENERAL 4

Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

| | |
|------------------------------------|--|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1</p> | <p>Estimar el impacto de la institucionalización en un centro residencial en el consumo de psicofármacos.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4.2</p> | <p>Analizar la prescripción de psicofármacos a lo largo de los cinco momentos temporales en el grupo de intervención frente al grupo control.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4.3</p> | <p>Conocer la evolución en el tiempo de las alteraciones conductuales en personas mayores institucionalizadas en función de si los profesionales recibieron o no la intervención de formación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4</p> | <p>Analizar si se obtuvo una mejora del estado funcional, la estabilidad para la marcha y la sintomatología depresiva a lo largo de los cinco momentos temporales como efecto de la intervención en la formación de los profesionales.</p> |

9.1. Discusión Estudio 1

En primer lugar, se discuten los resultados a los objetivos planteados por el Estudio I de nuestra investigación.

OBJETIVO GENERAL I

Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

OBJETIVO
ESPECÍFICO I.1

Definir qué trastornos conductuales predominan en contextos residenciales.

Dos tercios de las personas que componen la muestra presentan AC. Este resultado apoya los encontrados con anterioridad por otros autores que afirman que la prevalencia global de los SPCD es muy alta y afecta a un 50-90% de las personas con diagnóstico de demencia (Robles et al., 2012; Masters, Morris y Roe, 2015).

En general, la literatura sostiene que la prevalencia más elevada se encuentra en los hospitales y en los centros de cuidados de larga duración. Por ejemplo, los estudios de Azón et al. (2016) y de Van der Linde, Stephan, Savva, Dening y Brayne (2012), con población institucionalizada, encontraron que un 72,6% y un 78% de las personas de la muestra presentan por lo menos un SPC. Estos datos se aproximan a los resultados de nuestra investigación. Puesto que la presencia de SPCD es una de las principales causas de institucionalización (Abraha et al., 2017; Broda-

ty, Connors, Xu, Woodward y Ames, 2015) es lógico que en centros residenciales esta cifra sea elevada y por tanto estos recursos deben tomar conciencia de ello y capacitarse lo suficiente como para mediar con ellos y manejarlos de la mejor manera posible (Sheikh, Dhingra-Kumar, Kelley, Kieny y Donaldson, 2017).

Tal y como se ha comentado en el capítulo 2, resulta complicado comparar los datos con los de otros estudios debido a la heterogeneidad de los enfoques, los objetivos, la configuración o la muestra de los estudios que encontramos en la literatura (Van der Linde et al., 2016). Por este motivo, y con el objetivo de que resulte más didáctico, repetimos la tabla 2 del apartado 2.2. en la que se presentaban los resultados obtenidos por varios autores: la revisión sistemática realizada por Qing-Fei et al. en el 2016, los resultados del trabajo de Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018), que hemos escogido por considerar una muestra de personas mayores institucionalizadas y la revisión de Bergh y Selbaek (2012), que contempla cuatro estudios basados en la población y diez estudios que incluyeron personas hospitalizadas.

Se aprecia en la tabla 33 el porcentaje de aparición de AC es muy diferente según el estudio.

Tabla 33: Comparación de los porcentajes de detección de síntomas neuropsiquiátricos de nuestro estudio con estudios tipo similares

| | Qing-Fei et al., (2016) | Bergh y Selbaek (2012) | | Helvik, Selbaek, Saltyte, Roeh y Bergh (2018) | PRESENTE ESTUDIO |
|-----------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|--|-------------------------|
| | REVISIÓN GENERAL SIG > 0 | POBLACIONAL SIG > 0 | HOSPITALES SIG > 0 | INSTITUCIÓN SIG > 3 | INSTITUCIÓN SIG > 0 |
| Delirios | 31 | 18,5 | 30,5 | 16 | 23,6 |
| Depresión | 42 | 28 | 48 | | 21,8 |

...

...

| | Qing-Fei et al., (2016) | Bergh y Selbaek (2012) | | Helvik, Selbaek, Salyte, Roeh y Bergh (2018) | PRESENTE ESTUDIO |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|---|-------------------------|
| | REVISIÓN GENERAL SIG > 0 | POBLACIONAL SIG > 0 | HOSPITALES SIG > 0 | INSTITUCIÓN SIG > 3 | INSTITUCIÓN SIG > 0 |
| Ansiedad | 39 | 22,5 | 41 | 21,9 | 21,8 |
| Agitación-Agresividad | 40 | 27 | 37,5 | 16,2 | 21,6 |
| Irritabilidad-Labilidad | 36 | 25 | 42 | 19,2 | 17,3 |
| Apatía | 49 | 44,5 | 61,5 | 16,6 | 13,8 |
| Conducta Motora Aberrante | 32 | 15 | | 12 | 13,1 |
| Sueño | 39 | | | 17 | 11,6 |
| Trastorno conducta alimentaria | 34 | | | 10,1 | 8,7 |
| Desinhibición | 17 | 11 | 25,5 | 16,1 | 7,8 |
| Alucinaciones | 16 | 12,5 | 15,5 | 5,8 | 6,4 |
| Euforia | 7 | 4 | | 3,7 | 1,8 |
| TOTAL | | 56-88 | 88-98 | 61,9 | 69,8 |

(Fuente: Elaboración propia)

Los resultados de la tabla anterior pertenecen a estudios que han utilizado la herramienta del NPI. Tal y como ya se ha comentado en el capítulo 2, el NPI es un instrumento observacional cuya medida puede estar sesgada por el criterio de los observadores ya que las personas con deterioro cognitivo son incapaces de evaluar sus propios síntomas, y los resultados se basan en las observaciones hechas por los cuidadores o los familiares (Bergh y Selbaek 2012).

Según Robles et al. (2012) la apatía, la agitación y los delirios son los síntomas más comunes y los menos frecuentes las alucinaciones y la euforia, lo que apoya los resultados obtenidos por nuestro trabajo. Aunque la mayor parte de de autores señalan la apatía como el síntoma más prevalente (Cipriani, Lucetti, Danti y Nuti, 2014; García-Alberca, Lara y Berthier, 2010), en nuestro estudio se encuentra en poco más de una décima parte de las personas participantes. Quizás podemos atribuir este resultado a que en el ámbito institucional este síntoma que no es nada disruptivo suele ser bastante normalizado por los profesionales y lo registran con menos frecuencia que otros síntomas más visibles y disruptivos como por ejemplo la agitación (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017). De hecho, Fauth y Gibbons (2014) señalan la apatía, la depresión y la agitación como los SPCD más presentes y la agitación y los delirios como los que causan más angustia a los profesionales. Quizás esto podría explicar que en nuestro estudio los delirios sean la alteración conductual más frecuente ya que al ser más disruptiva se registra más que la apatía, que puede pasar más desapercibida aunque la realidad es que está más presente en el día a día del centro.

La conducta apática se presenta generalmente en situaciones de escasa estimulación y aún así los momentos en los que la persona duerme durante el día, no son registrados como síntomas de apatía en muchos casos (García, 2013). Esto es importante destacarlo ya que en muchas situaciones pasa desapercibido el exceso de sueño diurno, cuando es algo que puede ser extremadamente perjudicial para la persona: puede alterar sus ciclos circadianos, puede ser la causa de aumento de probabilidades de sufrir caídas nocturnas al permanecer despierto por la noche (y con menos vigilancia por parte de los profesionales), o puede ser un indicador de sintomatología depresiva. Por ello es importante transmitir a los profesionales la importancia de registrar la apatía y brindarle la importancia que merece este síntoma que puede llegar a ser

tan incapacitante (López-Dóriga y Andrino, 2016).

La sintomatología depresiva es el segundo síntoma que más veces se registra. Según autores como Meléndez, Navarro-Pardo, Sales y Mayordomo (2012), la sintomatología depresiva aumenta en personas mayores institucionalizadas. Esto puede deberse a la pérdida de vínculos sociales que supone el ingreso a un centro residencial, sumado a factores asociados a esta etapa vital como son la suma de experiencias de pérdida o el incremento de las preocupaciones sobre la salud o la independencia funcional (Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez (2015).

OBJETIVO GENERAL I

Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

| | |
|----------------------------|--|
| OBJETIVO ESPECÍFICO I.2 | Valorar qué tipo de psicofármacos son los más prescritos a las personas mayores institucionalizadas. |
|----------------------------|--|

A nivel general, más de un 75% de las personas de la muestra analizada consumen al menos un psicofármaco, lo cual es un porcentaje muy significativo teniendo en cuenta que nuestra investigación engloba a todos los residentes de los centros seleccionados, tengan o no diagnóstico de demencia o enfermedad mental. Este dato concuerda con los hallazgos de otros estudios como el de Janus, Van Manen, Ijzerman y Zuidema (2016) que indicaban que en Europa, a un 37%-78% de las personas institucionalizadas se les había prescrito al menos un psicofármaco.

Tabla 34. Comparación de los porcentajes de prescripción de antidepresivos, benzodiacepinas y neurolépticos de nuestro estudio con estudios tipo similares

| | Janus, Van Manen, Ijzerman y Zuidema, 2016) | Azón et al., 2016 | PRESENTE ESTUDIO |
|------------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| Benzodiacepinas | Entre 9% y 38% | 48,4% | 43,1% |
| Antidepresivos | Entre 19% y 47% | | 34,9% |
| Neurolépticos | Entre 21% y 54% | 25,5% | 27,3% |

Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar que en el caso de las benzodiacepinas tanto nuestro estudio como el de Azón et al. (2016) muestran valores más elevados que la revisión de Janus, Van Manen, Ijzerman y Zuidema (2016) (tabla 34) por lo que podemos pensar que el consumo en nuestro país es especialmente elevado.

Otro de los psicofármacos más comúnmente recetados en los centros residenciales estudiados son los antidepresivos. Hemels, Koren y Einarrson, en 2002 afirmaron que el consumo de antidepresivos aumentaba exponencialmente en España y otros países europeos, lo que continúa siendo cierto a día de hoy tal y como señalan los datos de los autores Olazarán y Muñoz (2017), en un informe que presentaron sobre los porcentajes de psicofármacos prescritos en Navarra a personas mayores no institucionalizadas y en el que los antidepresivos eran los fármacos más consumidos (57%).

La literatura señala que los efectos adversos de los antipsicóticos superan los beneficios que pueden aportar en pacientes con Alzheimer (Olivera, Val, Hermoso y Pelegrín, 2015), por lo que el resultado obtenido por nuestra investigación nos parece elevado aunque secunda los datos de otras investigaciones similares (tabla 31).

Tal y como se comentaba en el capítulo 3 de este trabajo, a diferencia de las sujeciones físicas, en el caso de los psicofármacos, no todas las prescripciones son sujeciones (Conn, Snowdon y Purandare, 2017), por lo que en este caso nos ha parecido interesante dividir los neurolépticos en neurolépticos típicos y atípicos ya que tal y como señalan las principales guías de

uso en nuestro país (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza , 2017) el uso de antipsicóticos típicos está mucho menos recomendado en esta población. Efectivamente, en los resultados hemos podido apreciar un bajo porcentaje de prescripción de neurolépticos típicos, frente a los atípicos, lo cual indica una buena praxis por parte de los profesionales que prescriben en ese sentido. Aunque aún así, el elevado uso de antipsicóticos a nivel general continúa siendo alarmante.

Algo similar podemos comentar de la prescripción de los diferentes tipos de benzodiacepinas. En este caso, las benzodiacepinas de vida media son las más utilizadas, mientras que las de vida corta y larga se utilizan en menor medida, lo cual se apoya en los consejos que aportan las diferentes guías clínicas que abordan el tema (López-Trigo et al., 2014; Martínez-Cengotitabengo et al., 2018).

Aún así, podemos afirmar tras este análisis que el uso de psicofármacos en general en ámbito institucional es elevado si tenemos en cuenta las recomendaciones de la OMS (2017) sobre el tema y en concreto autores como Gómez-Aguirre et al. (2017) que afirman que una excesiva prescripción a este grupo de edad puede relacionarse no con un mayor bienestar físico sino con una mayor probabilidad de sufrir caídas o pérdidas de peso y también con pérdidas cognitivas y funcionales.

OBJETIVO GENERAL I

Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

OBJETIVO ESPECÍFICO I.3

Conocer el funcionamiento de las variables psicofuncionales como el estado cognitivo, el estado funcional, la estabilidad para la marcha, el estado anímico (o sintomatología depresiva), el riesgo de caídas, la participación en actividades y la comunicación en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

La dependencia funcional puede afectar al estado anímico de la persona y a su calidad de vida (Loredo-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega y Juárez-Lira, 2016) por ello es un aspecto muy importante al que debemos prestar especial atención. En la investigación que hemos realizado, el porcentaje de personas totalmente independientes es muy bajo y la media de puntuación en la Escala Barthel es de una dependencia moderada. La funcionalidad es una de las causas que pueden derivar en pronta institucionalización ya que va a repercutir directamente en el tipo de cuidados que la persona necesite y es posible que debido a ello las familias puedan acudir a este tipo de recursos para obtener los cuidados profesionales que la persona requiera (Amarilla-Donoso et al., 2019). De hecho, existen trabajos que señalan que el nivel de dependencia es mayor en personas mayores que viven en residencias frente a las que viven en domicilios (Meléndez, Navarro-Pardo, Sales y Mayordomo, 2012).

Para las personas institucionalizadas, la institucionalización supone un cambio social y una carga psicológica que puede afectar a su funcionalidad. Es un suceso vital estresante y puede influir directamente a nivel físico pero también en el bienestar, estado emocional y calidad de vida de las personas (Sales, Pardo, Mayordomo, Satorres-Pons y Meléndez, 2015).

Las caídas son uno de los principales retos que se presenta al trabajar con personas mayores. Tienen una alta repercusión a nivel funcional, físico y emocional (Baixinho y Dixe, 2015), y pueden afectar directamente a la autonomía, al nivel de cuidados que las personas requieran, al bienestar, a la calidad de vida e incluso pueden generar miedos e inseguridad para realizar las tareas que antes las personas hacían (Baixinho y Dixe, 2017). Los resultados de nuestra investigación muestran que poco más de una décima parte de las personas no presentan riesgos de caídas según la Escala Downton. Por ello, se considera desde hace años una prioridad el diseño de acciones preventivas que reduzcan riesgos y eviten la gravedad de las caídas sin recurrir a las sujeciones físicas pues éstas suponen incapacitación y restricción con peores consecuencias que la propia caída (Möhler et al., 2012).

Mayoritariamente las caídas que sufren las personas mayores son de origen multifactorial (Calero, López-Cala, Ortega y Cruz-Lendínez, 2016), por lo que es importante evaluarlas y

detectar los factores que las precipitan que en muchos casos tienen que ver con el medio en el que las personas viven, la accesibilidad de los entornos, el estado físico, los procesos agudos, la medicación (Gimeno, Aguiar, Costa y Alves, 2017), la existencia de obstáculos, un mal diseño de los espacios que les rodean, un mal calzado, la estabilidad para la marcha o el deterioro cognitivo, entre otras cosas. La mayor parte de las personas mayores institucionalizadas y evaluadas en nuestra investigación tienen una estabilidad moderada, grave o total para la marcha.

La funcionalidad de las personas mayores y el riesgo de sufrir caídas no es el único factor que puede estar determinado por el ingreso a un centro residencial. En muchos casos, este acontecimiento estresante también puede repercutir a nivel cognitivo. De hecho, en la muestra analizada, únicamente una cuarta parte de las personas no presentan deterioro cognitivo, mientras que poco menos de la mitad padecen deterioro cognitivo grave según la escala MEC.

Estos datos tan elevados se asemejan a los encontrados por otros estudios como el de Uriz et al., (2018) quienes afirman que aproximadamente la mitad (55%) de las personas institucionalizadas en España presentan deterioro cognitivo moderado. Además, la literatura apoya que las personas mayores que viven en residencias presentan mayor deterioro cognitivo que las personas no institucionalizadas. El trabajo de Leiva-Saldaña, Sánchez-Ramos, León-Jariego, y Palacios-Gómez (2016) encontró que 47% de las personas mayores institucionalizadas presentaban deterioro cognitivo elevado, frente a un 8% de las personas no institucionalizadas.

Además, y en relación al nivel de participación en las actividades del centro, los datos de esta tesis indican que más de la mitad de las personas participaba en las mismas, dato que nos parece importante ya que la realización de tareas o actividades didácticas puede hacer que se ralentice el deterioro funcional y cognitivo y por esta razón es tan importante tenerlas en cuenta y adaptar las actividades a las capacidades preservadas de las personas (Leiva-Saldaña, Sánchez-Ramos, León-Jariego, y Palacios-Gómez, 2016).

En resumen, con los datos ya expuestos sobre el primer objetivo planteado, el perfil de las personas institucionalizadas en las residencias analizadas en esta tesis doctoral se adecúa al

perfil definido por el trabajo de Uriz et al. (2018): mujeres, con deterioro cognitivo y funcional elevado, y alto riesgo de caídas. Según un informe realizado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2017b), una de las principales causas por las que una persona mayor tiende a sentirse menos funcional se relaciona con las funciones sensoriales, dolores musculares, trastornos depresivos, caídas, diabetes, demencia y artrosis. Estas variables junto con la aparición de SPCD y la prescripción de psicofármacos se relacionan con la pérdida de funcionalidad e influyen negativamente en la autonomía, independencia, bienestar y calidad de vida de las personas (Kales, Gitlin y Lyketsos, 2015; Steinberg et al, 2014).

OBJETIVO GENERAL I

Conocer y describir los diferentes tipos de alteraciones conductuales, el consumo de psicofármacos, el estado de ánimo, el deterioro cognitivo y otras variables del estado funcional en una muestra de personas mayores institucionalizadas.

| | |
|------------------------------------|---|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO I.4</p> | <p>Estudiar las diferentes variables psicofuncionales en función de la edad y género.</p> |
|------------------------------------|---|

Se han encontrado relaciones significativas entre las variables estudiadas en función de las variables sociodemográficas edad y género.

En la literatura se encuentran datos que apoyan estos resultados, como por ejemplo los de Vega et al. (2018) quienes afirman al realizar un estudio en ambulatorios de atención primaria, que el deterioro cognitivo aumenta exponencialmente con la edad. Siguiendo esta línea, Arriola et al. (2017) sostienen que la edad es un factor de riesgo predictor de enfermedad de Alzheimer. De hecho, según estos autores, el riesgo se multiplica por dos cada cinco años hasta los ochenta y cinco años.

Otros estudios como el de Meléndez, Navarro-Pardo, Sales y Mayordomo (2012) afirman

que la mayor edad estaría relacionada con un mayor nivel de dependencia, lo que subraya la importancia de que las instituciones promuevan intervenciones a nivel cognitivo y funcional para un mejor envejecimiento de las personas que viven y envejecen allí. Sin embargo, no todos los trabajos apoyan estos resultados. Un reciente estudio de Mulders et al. (2019) que analizó el consumo de psicofármacos en personas institucionalizadas en Holanda no encontró relaciones entre edad y consumo de psicofármacos

Por lo que respecta al género, este trabajo ha encontrado correlaciones significativas con otras variables pero en la literatura existe controversia sobre este tema. El trabajo de Mulders et al. (2019) no encontró relaciones entre género y consumo de psicofármacos, sin embargo, de manera específica el estudio de Martínez-Cengotitabengoa et al., (2018) encontró que en el caso de las benzodiacepinas, se pautaban en mayor medida a mujeres.

El trabajo de Mulders et al., (2019) también señaló que no existían diferencias entre género y desarrollo de demencia. Sin embargo, trabajos como el de Vega et al. (2018) encontró que el deterioro cognitivo era más frecuente en mujeres.

La influencia del género en el deterioro cognitivo leve no está clara. Un reciente consenso de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Arriola et al., 2017) confirma que existen estudios contradictorios sobre el tema. Algunos estudios avalan que el deterioro cognitivo leve se desarrolla más en hombres y otros que hablan de una mayor predisposición en las mujeres.

El mismo debate existe sobre la influencia de género en el riesgo de presentar SPCD. Nuestra investigación no ha encontrado diferencias de género, sin embargo autores como Yatawara, Hiu, Tan y Kandiah (2018) encontraron que los hombres tenían mayor riesgo de presentar alteraciones de conducta asociadas a la demencia. El trabajo de Tao et al. (2018) cuyo objetivo era precisamente describir esas diferencias entre géneros, descubrió que no solo los pacientes con diagnóstico de demencia tenían una mayor predisposición a presentar SPCD, sino que, a nivel general, las mujeres tienden a manifestar una mayor heterogeneidad de SPCD. Según estos autores, en el caso de las personas institucionalizadas, los hombres presentarían mayor agitación

o conductas inapropiadas pero las mujeres presentan síntomas afectivos como depresión o ansiedad en mayor medida.

El trabajo de Tao et al., (2018) añade que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar delirios y alucinaciones en demencias vasculares o trastornos del apetito con un diagnóstico de depresión mayor, mientras que los hombres con este mismo diagnóstico tendían a presentar mayor agitación. En el estudio de Tao et al. (2018) en pacientes ambulatorios, un 47,6% de las mujeres tenían dos o más SPCD, frente a un 39,8% de los hombres. Sin embargo, comparando la puntuación total del NPI, no encontraron diferencias entre hombres y mujeres. Es decir, encontraron diferencias cualitativas pero no cuantitativas. En mujeres, eran más comunes las quejas, las conductas motoras aberrantes, la ansiedad y los delirios mientras que en hombres se daba más la agitación y la apatía.

A nivel general, la Encuesta Europea de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014) indica que las mujeres son quienes declaran en mayor medida tener problemas de salud mental como ansiedad o depresión. De hecho si que existe un consenso claro en la literatura que apoya que las mujeres son más propensas a tener un diagnóstico de ansiedad (Carreira y Facal, 2017), lo que secunda las correlaciones encontradas por este trabajo.

En general, que los datos sociodemográficos afecten a las variables estudiadas es algo que crea controversia en la literatura, lo que nos lleva a pensar que es posible que existan otras variables con mayor peso que influyan como por ejemplo el estadio del deterioro o de la demencia, que muchos otros estudios han apoyado (López-Alvarez y Agüera-Ortiz, 2015; Tao et al., 2018). O el tipo de demencia, diagnóstico que en muchas ocasiones se encuentra indeterminado. Dato especialmente relevante cuando hablamos de AC. Por ejemplo, se ha demostrado que en las demencias vasculares los síntomas comportamentales pueden ser más prematuros e intensos, mientras que por ejemplo la demencia por cuerpos de Lewi puede caracterizarse por la presencia de alucinaciones visuales recurrentes (Mouriz, Ponte, Tuñas, Dosil y Facal, 2019). Los autores Makimoto et al., (2018) afirman que en su muestra, únicamente un 44% de las personas con demencia contaba con un diagnóstico que concretara el tipo de demencia.

En nuestra investigación, un 13% de las personas con demencia tenían una demencia no especificada.

OBJETIVO GENERAL 2

Analizar las relaciones existentes en las diferentes variables sanitarias y psicofuncionales en una muestra de personas mayores institucionalizadas, dado que algunas de estas variables pueden ofrecer información relevante en relación al uso de psicofármacos y el manejo de las AC.

OBJETIVO
ESPECÍFICO 2.1

Estudiar las relaciones entre las AC y el uso de medicación.

Esta investigación ha mostrado que las personas que presentan mayor puntuación en el NPI, tienen prescritos un mayor número de psicofármacos. Esta relación es sumamente importante y es necesario tenerla en cuenta ya que un correcto manejo no farmacológico de SPCD debería disminuir el número de psicofármacos pautados en el centro. Estudios previos secundan esta idea. Por ejemplo, el trabajo de Robles et al., 2012, encontró una relación positiva entre las alteraciones conductuales y el uso de antipsicóticos, inhibidores de la colinesterasa y memantina; el estudio de Azón et al. (2016), con personas mayores institucionalizadas en España, afirma que la presencia de SPCD se relaciona significativamente con una mayor prescripción de antipsicóticos pero no de benzodiacepinas; el trabajo de Mulders et al. (2019), afirma que se prescriben más antipsicóticos a las personas que presentan al menos un SPCD y se pautan más antidepresivos a las personas que presentan sintomatología depresiva. La relación inversa también se encuentra en algunos trabajos que alegan que los pacientes que presentan apatía tiene menor probabilidad de tener pautados antipsicóticos (Nijk, Juidema y Koopmans, 2009).

En general, la agitación o los comportamientos inadecuados durante la noche son los casos que tienen más antipsicóticos prescritos (Mulders et al., 2019). Estudios como el de Tao et al. (2018) reiteran que se trata con antipsicóticos más fácilmente a hombres que presentan agitación que a mujeres que presentan agitación.

Este dato una vez más nos hace pensar en el uso de antipsicóticos como medida de sujeción ya la agitación en hombres puede ser más disruptiva y peligrosa para los profesionales y su entorno, y es posible que por este motivo se les medique más pronto que a las mujeres con el mismo síntoma (Tao et al., 2018).

OBJETIVO GENERAL 2

Analizar las relaciones existentes entre las diferentes variables sanitarias y psicofuncionales en una muestra de personas mayores institucionalizadas, dado que algunas de estas variables pueden ofrecer información relevante en relación al uso de psicofármacos y el manejo de las AC.

| | |
|------------------------------------|--|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2</p> | <p>Valorar las relaciones existentes entre AC y el estado cognitivo, el estado funcional, el estado anímico, el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3</p> | <p>Analizar las relaciones entre el estado cognitivo y otras variables psicofuncionales como el estado anímico, el estado funcional, el riesgo de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4</p> | <p>Estudiar la relación entre el estado funcional, el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.5</p> | <p>Valorar las relaciones existentes entre la sintomatología depresiva, el índice de caídas, el nivel de participación en actividades y la comunicación.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2.6</p> | <p>Conocer si existe relación entre el índice de caídas, la participación en actividades y la comunicación.</p> |

Al responder a este objetivo en nuestra investigación hemos encontrado varias correlaciones significativas que son interesantes para futuras intervenciones e investigaciones. En primer lugar, hemos visto que una mayor puntuación en SPC se relaciona con una mayor dependencia funcional, lo que apoya los resultados de Robles et al. (2012), quienes afirmaron que la agitación, es el síntoma que más se interpone en las tareas y que más incapacita a nivel funcional. Para Martí, Marcos y Santos (2016) los SPCD son uno de los precipitantes de deterioro funcional, peor salud física, mayor número de ingresos hospitalarios e incluso mayor mortalidad.

La presencia de AC está directamente relacionada con mayor consumo de psicofármacos, y algunos psicofármacos pueden derivar en mayor riesgo de accidentes cardiovasculares (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017; Azón et al., 2016) y mayor tasa de mortalidad (Martí, Marcos y Santos, 2016).

Por lo que respecta a la asociación de los SPCD con deterioro cognitivo, ocurre algo similar. Varios autores han relacionado el uso de psicofármacos con peor evolución cognitiva debido a los efectos adversos sobre el sistema nervioso central (efectos sedantes o extrapiramidales) que pueden afectar al nivel cognitivo y funcional (Martí, Marcos y Santos, 2016). Palmer et al. (2011) concluyeron que los síndromes neuropsiquiátricos específicos están asociados con deterioro funcional y también con el cognitivo. Fernández, Gobartt y Balañá (2010) hicieron un estudio transversal en 115 centros residenciales en España para evaluar la asociación entre AC y deterioro cognitivo incluyendo un total de 1.014 personas mayores con diagnóstico de demencia. Este interesante estudio concluyó que el deterioro cognitivo aumenta cuando existen AC, al igual que Robles et al. (2012) que afirmó que una mayor puntuación en el NPI estaba relacionada con un mayor deterioro medido con la Escala GDS y un incremento del consumo de psicofármacos, en concreto de antipsicóticos, de inhibidores de la colinesterasa y de memantina.

Por tanto, la relación de los AC con el deterioro cognitivo y el deterioro funcional ha quedado avalada por varios estudios (Martí, Marcos y Santos, 2016) pero existe aún controversia sobre si son los SPC los que provocan el deterioro cognitivo o si es el deterioro cognitivo el que conlleva más alteraciones conductuales (Pérez y González, 2018).

Por lo que respecta a la depresión, nuestra investigación ha encontrado relación entre el índice de caídas y el estado de ánimo, y la comunicación y el estado de ánimo. Teniendo en cuenta que los factores relacionados con los problemas en la comunicación eran, tal como se ha señalado en el apartado metodológico de este trabajo, trastornos del lenguaje en la emisión o en la comprensión -según el consenso de Arriola et al. (2017)-, el déficit auditivo está relacionado con la fragilidad física y cognitiva lo que podría explicar la relación de la comunicación con el deterioro funcional, el deterioro cognitivo, la estabilidad para la marcha y el estado anímico.

La marcha, por su parte, es indicador de factores físicos y neurológicos (Arriola et al., 2017) y existen autores que indican que podría existir relación entre deambulación y funciones cognitivas (como la comunicación). De hecho, un reciente estudio de Saji y Sakurai (2017) identificó la velocidad de la marcha como factor de riesgo de algunas afecciones en personas mayores: la fragilidad, la sarcopenia y la demencia.

Y es que cada día existe mayor conciencia de que el deterioro cognitivo va a estar fuertemente ligado a patologías físicas. Estudios recientes concluyen que existe una fragilidad cognitiva que va a estar relacionada con la fragilidad física significativamente (Facal et al., 2019). Estas asociaciones entre los aspectos psicofuncionales y la fragilidad cognitiva en personas mayores hace que cada día exista mayor investigación centrada en encontrar relaciones significativas que van a favorecer el desarrollo y evaluación de estrategias preventivas ya que se habla de la reversibilidad de la fragilidad cognitiva (Ruan et al., 2015).

Estos resultados y la gran cantidad de relaciones encontradas, avala lo que ya otras guías clínicas y consensos han recomendado (Agüera, Moríñigo, Olivera, Pla y Azanza, 2017; Azón et al, 2016; Olazarán-Rodríguez et al., 2016), que es la imperante necesidad de que las AC se evalúen prioritariamente y de manera exhaustiva. Se recomienda un abordaje escalonado, cuyo primer paso consistiría en identificar todos y cada uno de los SPCD y establecer individualmente los factores que pueden ser susceptibles de desencadenar o favorecer su presencia.

Por lo dicho, pensamos que habría que tener en cuenta todas las relaciones encontradas

por nuestra investigación, es decir, el consumo de psicofármacos, estado funcional, cognitivo, emocional, factores ambientales o procesos físicos puntuales como infecciones de orina, dolor de cabeza o estreñimiento entre otros que no siempre están diagnosticados (Martí, Marcos y Santos, 2016).

Gracias a los datos obtenidos por esta primera parte del trabajo, nuestra investigación logra aportar una imagen del estado físico, médico, conductual y emocional de las personas que viven en residencias en la Comunidad Valenciana (España). En concreto aporta datos interesantes sobre las alteraciones conductuales que presentan las personas mayores institucionalizadas y sobre la sobreprescripción de psicofármacos que, tal y como hemos desarrollado en el capítulo 3 de esta tesis, pueden en ocasiones utilizarse como medidas de contención para paliar estos síntomas.

Estos datos refuerzan la necesidad de desarrollar, implantar y evaluar medidas no farmacológicas que puedan contrarrestar esta sobremedicación, que es lo que hemos hecho en la siguiente parte de nuestra investigación. Tener en cuenta los datos obtenidos por el Estudio 1, puede ayudar con la planificación a largo plazo de la atención y el tratamiento a las personas que viven en residencias.

Gracias a estos resultados y a los de un estudio previo de análisis de necesidades formativas de los profesionales de un centro residencial de la Comunidad Valenciana (España) (Pinazo-Clapés y Pinazo-Hernandis, 2017), se implantó una formación en 14 centros residenciales cuyos resultados se analizan en los Estudios 2 y 3 de nuestra investigación.

9.2. Discusión Estudio 2

A continuación, se presenta la discusión del Estudio 2, que ha evaluado las mejoras en la capacitación de los profesionales de 14 centros asistenciales tras la implantación de un curso formativo.

OBJETIVO GENERAL 3

Evaluar los conocimientos teóricos y prácticos sobre AC de los profesionales de residencias y cuantificar los beneficios tras un programa formativo para promover el uso de técnicas no farmacológicas como estrategia de intervención de las AC, favoreciendo el modelo AICP para mejorar la atención, la comunicación y cuidados de los residentes institucionalizados.

| | |
|------------------------------------|---|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1</p> | <p>Determinar si los años de experiencia trabajando con personas mayores se relacionan con los conocimientos teóricos y prácticos que poseen los trabajadores antes del programa de intervención.</p> |
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2</p> | <p>Incrementar los conocimientos teóricos de los profesionales sobre AC para fomentar una identificación y manejo adecuado de AC.</p> |

Los resultados de esta intervención muestran la relevancia y la necesidad de la formación continua y de calidad en los profesionales que se dedican a los cuidados de personas mayores. No en vano, muchos autores han estudiado la eficacia de este tipo de intervenciones y nuestra investigación va en la misma línea que trabajos anteriores, como los de Tan, Ramirez, Soh, y Ercoli (2017). Los profesionales sanitarios son quienes pasan más tiempo con las personas institucionalizadas que presentan SPC por lo que es necesario que posean los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para detectar, actuar y registrar adecuadamente estos comportamientos que tanto van a influir en las personas que los sufren.

Al analizar los resultados, vemos que en la fase pretest las puntuaciones que corresponden a la detección de SPC son bajas, lo que nos induce a pensar que en muchas ocasiones los profesionales no reconocen esta sintomatología como conductas-problema; es decir, frecuentemente los profesionales normalizan las SPC lo cual explica en parte los bajos porcentajes encontrados de SPC en el objetivo I. I. Síntomas como la apatía presentaban índices de incidencia muy bajos, si bien y según otros autores este es el síntoma más presente en personas mayores institucionalizadas y con demencias.

Es importante que la rutina y el trabajo diario de los profesionales no haga que se normalicen estas conductas que causan sufrimiento. Uno de los fines de la formación es recordar a los profesionales que cuidan a “personas”. Es importante humanizar el trabajo para fomentar la sensibilidad y la empatía hacia las personas mayores, subrayando que el ninguneo y la negligencia en los cuidados son un tipo de maltrato relacionado con el edadismo (Martinez-Moreno y Bermúdez-Pérez, 2016; Pinazo-Hernandis, 2013). Un estudio de Benoit, Lavoie y Dragon (2015), sobre el abuso, la negligencia y la ignorancia que detectan en los centros asistenciales concluye con la necesidad de diseñar formaciones que acaben con este tipo de maltratos a las personas mayores institucionalizadas.

Tras la intervención los resultados de nuestra investigación muestran que la detección de estos síntomas mejora significativamente, lo que pone en valor la eficacia de estas formaciones. Pese a ser el psicólogo del centro el encargado de diseñar las intervenciones conductuales re-

queridas por las necesidades del centro, son los profesionales sanitarios quienes van a detectar y transmitir la problemática por lo que mejorar la capacidad de detección va a ser especialmente relevante.

Es interesante también subrayar el análisis que se ha hecho de los conocimientos previos de los profesionales según los años que llevan trabajando en este sector. Podemos ver que existen diferencias significativas y que son las personas con más años de trabajo quienes poseen menos conocimiento sobre SPC. Se nos ocurren varias causas que puedan provocar esto: una de ellas es que quizás cuantos más años lleven los profesionales trabajando más tiempo hace que no reciben formación sobre este tema; otra, es que los participantes en la formación realizada en esta investigación han sido mayoritariamente profesionales del ámbito sanitario, y quizás los contenidos de sus planes de estudio se basan en un modelo médico, centrado en las patologías y carecen de aspectos relacionados con la conducta y las emociones que rodean a las personas con las que tratan y que son tan importantes para la salud y el bienestar (Pino y Escárcega, 2016). En ambos casos, los resultados de esta investigación subrayan la necesidad de realizar formaciones continuamente que refuercen y reciclen los conocimientos previos de los profesionales.

OBJETIVO GENERAL 3

Analizar los efectos del programa de formación dirigido a los profesionales de los centros residenciales para trabajar las AC.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1

Fomentar y mejorar los conocimientos prácticos del manejo de las AC como la detección, el manejo y el registro de estos síntomas de los profesionales asistentes a la formación.

Con respecto a la parte de aplicación práctica de los conocimientos sobre las alteraciones conductuales, los resultados en la variable “manejo” eran muy bajos antes de la formación. Los profesionales que han participado en esta investigación no conocen las pautas correctas para manejar adecuadamente este tipo de conductas. Llama la atención que incluso los profesionales con más experiencia -quizás por no haber recibido nunca formación específica sobre SPCD-, erraron en las respuestas. Tras la intervención, su conocimiento del modo adecuado de responder mejoró, lo cual muestra nuevamente la importancia que tiene el fomentar la formación continuada de los profesionales que trabajan en residencias.

Esta formación favorece enormemente a los profesionales que se enfrentan diariamente a esta problemática. Tal y como se ha desarrollado en el capítulo 2, estas conductas causan estrés a sus cuidadores (sean éstos profesionales o no) por lo que algunos autores afirman que el fomentar sus conocimientos sobre ellos, saber cuales son sus causas y ser conocedores de diferentes estrategias para manejarlas reducirá su estrés (Edberg y Hallberg, 2001). Es posible por tanto que mejorar su autoeficacia ante ciertas situaciones pueda mejorar su frustración. Una de las primeras encuestas que evaluó las percepciones de los asistentes a este tipo de intervenciones (Feldt y Ryden, 1992), dictaminó que los profesionales sentían que su trabajo era más gratificante tras la formación y se sentían menos frustrados ante estas situaciones (Feldt y Ryden, 1992).

Los resultados de este programa formativo apoyan lo que otras revisiones sistemáticas han afirmado. Por ejemplo, la meta-revisión de Legere, McNeill, Schindel, Acorn y An (2018), afirma que el personal sanitario debe estar informado y ser conocedor de las técnicas más adecuadas para manejar los aspectos conductuales de sus pacientes, en concreto, estos autores destacan que el modelo de atención integral central en la persona es especialmente útil para ellos y facilita su trabajo y el cuidado de los residentes.

Tras conocer los beneficios que esta intervención obtuvo en los profesionales que asistieron a ella, nuestra investigación se propuso evaluar los efectos producidos en las personas mayores a las que cuidaron los trabajadores asistentes en el Estudio 3.

9.3. Discusión Estudio 3

En esta última parte de la investigación se evaluaron las variables bio-psico-sociales de las personas mayores de dos centros residenciales. Un centro en el que los profesionales asistieron a la formación evaluada por el Estudio 2 (grupo experimental) y otro de características similares en el que sus profesionales no recibieron el curso formativo (grupo control).

El ambiente que nos rodea influye directamente en nuestra conducta de forma positiva o negativa (Wilkinson, Kanik, O'Neill, Charoenkitkarn y Chignell, 2017). Es por este motivo que los cuidadores formales e informales deben considerarse una pieza fundamental a la hora de elaborar intervenciones conductuales en personas mayores ya que son quienes están en contacto constante con ellas (Burgio et al, 2002). Además, son los que van a responder inmediatamente a las conductas-problema, y según sea su respuesta, puede reforzar, extinguir, guiar o moldear las futuras conductas de las personas (McCabe, Davison y George, 2007), lo que puede además influir en otras variables relacionadas tal y como discutiremos a continuación.

OBJETIVO GENERAL 4

Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

| | |
|------------------------------------|---|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1</p> | <p>Estimar el impacto de la institucionalización en un centro residencial en el consumo de psicofármacos.</p> |
|------------------------------------|---|

Se aprecia un aumento significativo del uso de psicofármacos desde el momento del ingreso hasta el momento previo a la intervención en ambos grupos. Este dato debe leerse con cautela ya que tal y como hemos explicado el tiempo entre esas dos medidas difiere de una persona a otra. Puede que una persona haya ingresado un mes antes de la intervención y puede que otra persona haya ingresado tres años antes con lo que su nivel de deterioro cognitivo también puede haber aumentado y ser la causa de este aumento de prescripción. Es decir, dado que la media de tiempo que transcurre entre los dos tiempos es de 18,51 meses, no podemos atribuir esta diferencia significativa únicamente a la institucionalización de la persona ya que hay muchos otros factores que intervienen. Pero aún así, cabe destacar que el aumento observado en nuestra investigación secunda las afirmaciones de Azón et al., 2016 que reiteran que el uso de psicofármacos es mayor en personas mayores institucionalizadas que en personas mayores que viven en la comunidad.

OBJETIVO GENERAL 4

Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

| | |
|----------------------------|--|
| OBJETIVO ESPECÍFICO 4.2 | Analizar la prescripción de psicofármacos a lo largo de los cinco momentos temporales en el grupo de intervención frente al grupo control. |
|----------------------------|--|

A nivel general, el número de psicofármacos pautados disminuye tras la intervención en el grupo experimental, mientras que aumenta en el grupo control. En el apartado 9.1. de nuestra investigación se ha concluido que la edad afecta al nivel de psicofármacos prescrito. Por tanto, si a mayor edad, se asocia un mayor número de psicofármacos prescritos, el aumento del consumo de psicofármacos del grupo control es lógico y secunda lo que ya a demostrado esta tesis. Sin embargo, la trayectoria del uso de psicofármacos en el grupo experimental nos muestra la eficacia del proyecto de intervención en este apartado.

Esta disminución significativa del número de psicofármacos pautados en el centro en el que se ha llevado a cabo la formación de los profesionales avala la hipótesis planteada por Burgueño (2008) que plantea que los profesionales de atención directa se sentirían responsables de las alteraciones conductuales que sucedan durante su turno de trabajo, y quizás por ello pueden estar a favor del uso de psicofármacos al pensar (erróneamente) que son la mejor herramienta para combatirlos. De hecho, esto puede favorecer que en muchos casos sean los propios profesionales quienes más solicitan el uso de sujeciones físicas y químicas en los centros. Por esta razón, tener mayor conocimientos sobre mejora de los entornos o sobre los efectos adversos que puede tener el uso abusivo de psicofármacos puede derivar en una menor prescripción tal y como ha demostrado nuestra investigación.

Esta idea cobra aún más fuerza si se une a los resultados del estudio de Fariña-López, Estévez-Guerra, González, Hernández y Crego (2013), quienes encontraron que a mayor nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre sujeciones, más negativa era su actitud hacia ellas. Esto es especialmente importante y concuerda con el estudio de Eskandari, Abdullah, Zainal y Wong (2018) quienes demostraron (en ámbito hospitalario) que el aumento de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las sujeciones, hace disminuir significativamente el uso de las mismas.

Si analizamos la trayectoria de cada uno de los psicofármacos en el grupo experimental y en el grupo control, es interesante destacar que en el grupo control los niveles aumentan considerablemente. Este aumento se da sobre todo en el caso de los neurolépticos típicos, las

benzodiazepinas de vida larga y los antidepresivos al inicio de la intervención, y en los neuro-lépticos atípicos y las benzodiazepinas de vida corta en las últimas medidas del seguimiento. Sin embargo, en el grupo experimental se aprecia una tendencia a disminuir pero no tan brusca como el aumento del grupo control, estas medidas se mantienen más estables a lo largo de los 5 momentos temporales. Las terapias no farmacológicas deben plantearse objetivos realistas y tal y como se puede observar en las figuras del capítulo 8, el hecho de frenar esa sobreprescripción de psicofármacos que se aprecia en el grupo control es algo muy beneficioso para las personas y va además a suponer una importante reducción de los costes de la enfermedad (Arriola et al., 2017).

Por tanto, la formación destinada a que los profesionales comprendan y conozcan los riesgos que suponen las sujeciones está totalmente recomendada para fomentar el uso racional de psicofármacos (Bravo-Benitez y Navarro-González 2018).

OBJETIVO GENERAL 4

Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

OBJETIVO ESPECÍFICO 4.3

Conocer la evolución en el tiempo de las alteraciones conductuales en personas mayores institucionalizadas en función de si los profesionales recibieron o no la intervención de formación

Es importante destacar que los resultados del NPI en T1 (pre-intervención) son muy diferentes en el grupo experimental y en el grupo control. Hubiera sido interesante que estas medidas correspondientes a la línea base se asemejaran más. Aún así, consideramos que son resultados satisfactorios teniendo en cuenta la trayectoria de las medidas a lo largo de los cinco momentos temporales. Por tanto, cabe destacar que pese a ser significativamente mayor el número de SPC en el grupo experimental en el T1, tras la intervención en el T5 es significativamente menor.

Nuestra investigación ha demostrado que una formación adaptada a las necesidades formativas de los profesionales a los que va dirigida resulta beneficiosa en la reducción de los SPC de las personas mayores de los centros residenciales en las que estos profesionales trabajan. Esto refuerza la idea de que la calidad de los cuidados se relaciona con los SPC, tal y como ya han demostrado previamente estudios como los de Farran et al (2007); Huang et al. (2013); Hessler et al. (2018); Kong, Choi y Evans (2017); Sánchez, Bravo, Miranda y Olazarán (2015); Tan, Ramirez, Soh y Ercoli (2017); y revisiones como las de Kuske et al. (2007); McCabe, Davison y George (2007); Spector, Orrell y Goyder (2013).

Los resultados de nuestra investigación han mostrado una disminución significativa de los SPC en el grupo de intervención mientras que en el grupo control hemos encontrado un aumento significativo de los SPC. Resultados similares a estos son los que encontraron los autores Bravo-Benítez y Navarro-González (2018), ya que en su estudio se produjo un aumento de SPC en el grupo control y una disminución significativa de estos síntomas en el grupo experimental.

El hecho de que la intervención realizada en nuestra investigación no solo aumente los conocimientos de los profesionales sobre SPC sino que también reduzca el uso de psicofármacos de las personas mayores que viven en los centros residenciales, tal y como se ha demostrado en el apartado anterior, nos lleva a pensar que esa relación pasa por la mejora en el manejo de los SPC.

En esta misma línea, los hallazgos de trabajos previos como el de de Logsdon, McCurry y Teri

(2005) o el de la revisión realizada por Spector, Orrell y Goyder (2013), ya afirmaban que con una formación adecuada los cuidadores podían llegar a reducir SPCD tan incapacitantes como la depresión y la ansiedad concretamente.

Tal y como se ha desarrollado en el capítulo 3, la depresión y la ansiedad en población mayor son dos síntomas comúnmente tratados por psicofármacos y por ello varios informes han indicado que el uso de antidepresivos y de benzodiacepinas es especialmente elevado en nuestro país (Olazarán y Muñiz, 2017).

Otro de los hallazgos de nuestro trabajo gracias al diseño de medidas repetidas es que no solo se produce un cambio (una disminución) de las AC, sino que además el cambio se mantiene en el tiempo. Estos resultados van en la misma línea de los hallazgos de Burgio et al. (2002) quienes midieron la efectividad de un programa de formación para paliar la agitación de los residentes, y observaron que no solo fue efectiva la formación, sino que además, la disminución de la agresividad se mantuvo en el tiempo.

Por lo tanto, las medidas de seguimiento de nuestra investigación subrayan que el efecto de la formación dirigida a cuidadores es más duradero e lo que puede ser el efecto producido por los psicofármacos. Estas medidas de seguimiento en el tiempo son especialmente importantes ya que apoyan una vez más la necesidad de diseñar este tipo de intervenciones como primera línea de tratamiento. Una revisión reciente de la eficacia de las intervenciones psicosociales en cuidadores profesionales y no profesionales de personas con demencia (Rapaport, Livingston, Murray, Mulla y Cooper, 2017) sostiene que los efectos de las formaciones que mejoran la comunicación de los profesionales en ámbito residencial no se mantendrán en el tiempo si no existe apoyo externo especializado que “refuerce” el mantenimiento. Por ello es importante destacar la importancia de implantar protocolos que impliquen a todos los profesionales en el objetivo y que exista siempre una figura a la que los profesionales sanitarios puedan continuamente consultarle dudas y casos.

Actualmente, la multicausalidad que caracteriza a las AC hace que sea esencial diseñar in-

tervenciones no farmacológicas que abarquen un mayor número de aspectos psico-sociales involucrados y no se limiten al reduccionismo que caracteriza a los tratamientos farmacológicos que únicamente van a repercutir en los aspectos biológicos (Olazarán-Rodríguez, Agüera-Ortiz y Muñiz-Schwochert, 2012). Además, es importante tener en cuenta los efectos adversos que tiene el uso de psicofármacos en población mayor tal y como se ha señalado en el capítulo 3 de esta tesis, por lo que se destaca el papel fundamental de la TNF como prevención e intervención de los SPCD.

OBJETIVO GENERAL 4

Analizar si existe un cambio en el consumo de psicofármacos tras la institucionalización de la persona mayor y evaluar la eficacia de un programa de formación a los profesionales de atención directa sobre la prescripción de psicofármacos, las alteraciones conductuales el estado físico y funcional y la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (cinco momentos temporales obtenidos a lo largo de dos años y medio).

| | |
|------------------------------------|--|
| <p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4.4</p> | <p>Analizar si se obtuvo una mejora del estado funcional, la estabilidad para la marcha y la sintomatología depresiva a lo largo de los cinco momentos temporales como efecto de la intervención en la formación de los profesionales.</p> |
|------------------------------------|--|

Además de los beneficios descritos en el apartado anterior, la intervención educativa que se ha planteado ha demostrado también tener efectos significativos a nivel funcional, siendo menor la dependencia funcional de las personas mayores del centro en el que se impartió la formación. Esto demuestra por una parte el hecho de que la polifarmacia podría relacionarse con un mayor deterioro cognitivo y funcional tal y como señalan los autores Gómez-Aguirre et al. (2017). Por tanto, la capacitación del personal, al favorecer un uso más racional de psicofármacos, tal y como se ha demostrado en el objetivo 4.2, podría influir positivamente en este aspecto.

Por otra parte Gitlin et al. (2008), pusieron en marcha un programa de actividades adaptadas con el objetivo de reducir los SPCD en ámbito institucional. Tras cuatro meses de llevar a cabo esta intervención ocupacional, no sólo se evaluó una disminución de estos síntomas sino que además los profesionales afirmaron que dedicaban menor tiempo a realizar tareas de apoyo, ya que los residentes presentaban menor dependencia funcional. Secundando estos resultados, nuestra intervención además de ser efectiva en la reducción de las AC, también mostró tener efectos en la participación de las personas en actividades productivas y en su funcionalidad. Es decir que, la reducción de AC podría estar relacionada con una mayor autonomía para participar en actividades y derivar en una menor dependencia funcional.

Finalmente, nuestra intervención ha demostrado tener un efecto positivo la estabilidad para la marcha, aspecto especialmente relevante al trabajar con personas mayores en ámbito residencial, por las numerosas problemáticas que conllevan las caídas en este sector (Martinez-Cengotitabengoa et al., 2018).

La polifarmacia ha mostrado estar relacionada con un mayor riesgo de caídas (Gimeno, Aguiar, Costa y Alves, 2017; Gómez-Aguirre et al., 2017; Olazarán-Rodríguez et al., 2016), por lo nuestra investigación, al haber reducido el uso de psicofármacos, tal y como se ha demostrado en el 9.1. de esta discusión, ha mejorado también la estabilidad para la marcha.

De hecho, más concretamente el uso de Benzodiazepinas se relaciona con un mayor riesgo de caídas, tal y como subraya el trabajo de Martínez-Cengotitabengoa et al., 2018, en el que un 43,8% de las personas que llegaban a atención ambulatoria habiendo sufrido una caída, habían consumido benzodiazepinas en las dos semanas previas a la caída. Por tanto, nuestra investigación que ha reducido la prescripción de benzodiazepinas, ha influido también en que se reduzca el riesgo de caídas.

Las caídas (al ser una de las principales causas por las que se considera necesario el uso de contenciones físicas) y la dependencia funcional, son especialmente incapacitantes.

En el estado anímico no se han encontrado diferencias significativas, lo cual es importante para evaluar los aspectos de mejora y procurar que se cumplan en trabajos futuros. Tal y como se ha señalado en el capítulo 2 de esta investigación, la depresión en personas mayores institucionalizadas es una problemática que afecta a un elevado número de personas y cuyas consecuencias físicas y funcionales son muy elevadas (Cooke, O'Hanlon, Mukherjee, Nee y Thompell, 2017). Potenciar la ACP, el trabajo multidisciplinar y la formación al personal son aspectos de una buena praxis que señala el informe publicado por la Sociedad Británica de Geriatría (Cooke, O'Hanlon, Mukherjee, Nee y Thompell, 2017). En nuestra investigación, se ha procurado poner énfasis en estos tres aspectos que señala este informe, sin embargo, una de las limitaciones que ellos recojen es la falta de participación real de todos los profesionales del centro y de las familias de los residentes. Esto puede ser interesante para futuros trabajos ya que estos autores destacan la importancia de la evaluación de varios profesionales y de las familias para realizar intervenciones bajo el modelo de AICP. Se relata por ejemplo el caso de un hombre muy amante de los animales al que la terapia asistida con animales hizo que su estado anímico mejorara significativamente. Es cierto que actualmente no todos los centros poseen este servicio de terapia, por lo que con la involucración de las familias en el plan de intervención, es más fácil que se pueda programar la visita semanal de un perro por ejemplo.

Son muchas las problemáticas bio-psico-sociales que rodean a las personas mayores. Concretamente, las personas institucionalizadas son susceptibles de verse afectadas por la condición clínica de fragilidad (Benabarre et al., 2016) que hemos desarrollado en el capítulo 1 y que acontece tras pérdidas o cambios sociales, emocionales o psicofuncionales como los que se han evaluado en nuestra investigación.

Las suma acumulativa de beneficios que ha demostrado tener la formación a profesionales en ámbito residencial subraya la imperiosa necesidad de evaluar e intervenir correctamente en las alteraciones conductuales de las personas mayores que viven en residencias. Es necesario reconocer la importancia de intervenir en los SPC con TNF que carezcan de efectos secundarios y que abarquen los aspectos bio-psico-sociales que las terapias farmacológicas no contemplan.

CAPÍTULO 10

Conclusiones y limitaciones

10.1. Conclusiones

Para cerrar esta tesis doctoral es interesante recapitular los aspectos más relevantes a los que se ha dado respuesta a lo largo del trabajo.

Los hallazgos de nuestra investigación avalan la **necesidad de evaluar exhaustivamente las alteraciones de conducta asociadas a la demencia en las personas mayores que viven en residencias y de que se aborden desde los equipos multidisciplinares y de manera secuencial.**

Este trabajo ha demostrado que las AC influyen en otras variables psicofuncionales que afectan a la salud física y emocional de las personas. Es necesario que se forme adecuadamente y de forma continuada a todos los profesionales de los centros para que desde un primer momento, sepan identificarlos y manejarlos.

A continuación, se exponen brevemente las principales conclusiones de esta investigación que pueden ser un aporte para futuras investigaciones y proyectos relacionados.

I. En primer lugar, este estudio ha ofrecido cifras objetivas sobre las personas mayores institucionalizadas en la Comunidad Valenciana (España), brindando datos de un elevado número de variables bio-psico-sociales que pueden ser de gran interés para futuras investigaciones en

éste u otros ámbitos de estudio. **Se han evaluado los porcentajes de aparición de las AC, la prescripción de cada uno de los tipos de psicofármacos y variables cognitivas, funcionales y emocionales relacionadas con la salud física, psíquica y emocional de las personas mayores que viven en residencias.** Los resultados obtenidos nos dibujan unos centros asistenciales en los que se registra un mayor porcentaje de mujeres. A nivel psicofuncional, los participantes presentaron en su mayoría un índice de caídas, un nivel de dependencia funcional, un deterioro cognitivo y un estado emocional moderadamente graves. Además, se registran AC diariamente en un porcentaje elevado que corresponde a lo hayado por otros trabajos y una sobreprescripción de psicofármacos. Estas cifras pueden contribuir a una mejor comprensión de las necesidades de las personas mayores que viven en residencias y pueden proporcionar valores de referencia para trabajos futuros.

2. Es interesante también el análisis que se ha realizado sobre las alteraciones conductuales en relación a las variables sociodemográficas edad y género. El género es una variable que se ha contemplado en pocos trabajos sobre AC, por lo que ofrecer datos sobre cómo esta variable afecta en el sector de las personas mayores institucionalizadas en la Comunidad Valenciana (España) puede ser de interés.

3. El análisis de correlaciones realizado es otro de los puntos fuertes de este trabajo, y es que **se han encontrado muchas relaciones significativas que pueden ser de utilidad para implantar programas de intervención que se centren en una variable diana que influya en otras variables psicofuncionales.** Se han hallado unos resultados que pueden servir para los profesionales que trabajan en instituciones.

4. Nuestra investigación **ha aportado datos sobre depresión en personas mayores que viven en residencias en la Comunidad Valenciana (España),** ámbito en el que apenas se han realizado investigaciones. Pese a la problemática que conlleva la sintomatología depresiva y conocidas las consecuencias que supone la institucionalización de una persona mayor a nivel emocional, todavía tenemos en la literatura científica pocos datos sobre prevalencia en nuestro país. Por ello, cabe valorar que esta investigación ha tomado en consideración no

solo los datos de sintomatología depresiva aportados por el NPI sino también los datos aportados por dos escalas específicas como son la Escala Cornell y la Escala Yesavage. Los datos encontrados nos subrayan la imperante necesidad de diseñar intervenciones que evalúen y mejoren este aspecto. Es imprescindible sensibilizar a los profesionales que trabajan en este sector.

5. Con respecto a la formación de los profesionales, nuestra investigación **se ha basado en un planteamiento adecuado a las necesidades formativas de los centros asistenciales**. El diseño ha unido los enfoques teóricos más relevantes. Tal y como indicaban Spector, Orrell y Goyder (2013) en su revisión sistemática, existen programas formativos centrados en uno de los modelos pero hay pocos programas que unan los cuatro enfoques. En nuestro proyecto de intervención centrado en la formación de los profesionales, nos hemos basado: en el enfoque centrado en la conducta, sus antecedentes y sus consecuencias, el enfoque centrado en la comunicación verbal y no verbal que emplean las personas que les rodean y el enfoque centrado en la persona y el enfoque centrado en las emociones.

6. Por otro lado, es bastante común encontrar este tipo de formaciones en el área sanitaria con aspectos que hacen referencia a temas médicos pero nuestro **programa de formación ofrece un enfoque psicológico que engloba aspectos físicos brindando la importancia que merecen los aspectos emocionales, de la personalidad, las necesidades y las características individuales** desde el modelo de atención integral y centrado en la persona.

7. Además, es común ver que los proyectos de formación dirigidos a profesionales sanitarios sobre manejo de AC se evalúen o bien por el impacto en el cuidado o bien por el efecto en las competencias de los profesionales. Sin embargo, nuestra investigación ofrece una visión más amplia al evaluar diferentes aspectos de un mismo programa de intervención: la mejora de las competencias profesionales pero también el impacto en las personas mayores que residen en los centros. Es decir, que **la formación ha demostrado ser eficaz y útil para las personas asistentes a las formaciones pero también a las personas asistidas por ellos**.

8. Este programa de intervención es especialmente relevante ya que **es multicéntrico** pues se ha realizado en catorce centros residenciales y ha contado además con un elevado número de profesionales participantes, con la complicación que conlleva dados los distintos horarios y los turnos rotativos. Es por tanto de destacar que ofrece datos sobre la intervención realizada en distintos centros con distintas realidades, distintas problemáticas y distintas fortalezas que aportan una visión global de competencias y necesidades formativas en los centros residenciales de España.

9. Destacamos también que el diseño de esta evaluación se ha realizado con medidas repetidas y medidas de seguimiento que permiten poner en valor los resultados obtenidos. Se subraya gracias a esta metodología que **los efectos logrados por este tipo de terapias no farmacológicas, además de ser eficaces, se mantienen en el tiempo.** Esto es algo a destacar y que apoya que se debe optar por el fomento de las terapias no farmacológicas como primera línea de intervención. Estas terapias además de poder ser individualizadas y adaptarse a las necesidades y vivencias de las personas, van a lograr efectos que además se mantengan durante más tiempo a un bajo coste.

10. Como último punto, se subraya que **la intervención ha sido eficaz en AC pero también en otras variables psico-funcionales que influyen en el bienestar y la calidad de vida a las personas mayores que viven en residencias como son el equilibrio y la estabilidad para la marcha y la dependencia funcional.** Estos aspectos son claves ya que influyen directamente en el nivel de autonomía y por tanto influyen en la calidad de vida y el sentimiento de autoeficacia (Loredó-Figueroa, Gallegos-Torres, Xequé-Morales, Palomé-Vega y Juárez-Lira, 2016).

10.2. Limitaciones

En futuras investigaciones sería interesante definir más concretamente los criterios de observación de la escala NPI. Tal y como hemos desarrollado a lo largo de nuestro trabajo, la literatura no es precisa al respecto y ello hace que los resultados obtenidos por los diferentes estudios sean inconsistentes y no permitan comparar resultados que ayuden a diseñar intervenciones concretas.

Sería también interesante registrar las alteraciones de conducta por personal externo ya que al ser una escala observacional, los puntos de vista del personal del centro puede sesgar en cierta medida los resultados. Y sería útil poder contar con una medida de prescripción de psicofármacos de mayor fiabilidad.

En apartados descriptivos podrían evaluarse las asociaciones de las variables analizadas y las distintas patologías o tipos de demencia. Cabe destacar que en la muestra existe un elevado número de diagnóstico de demencia sin especificar la tipología, lo cual es un hándicap a la hora de evaluar, diseñar intervenciones o prescripciones médicas.

Sería también de utilidad realizar un estudio exhaustivo de todas las variables en base a rangos de edad y género para describir asociaciones que puedan mejorar las estrategias preventivas de los centros asistenciales.

En futuros estudios, sería interesante contar con centros de diversa tipología (públicos y/o privados) y de diferentes zonas geográficas para así aumentar y generalizar los resultados.

Con respecto a los datos descriptivos sería de gran interés conocer si existen casos en los

que se han pautado neurolépticos sin tener un diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo. De hecho, se podría comprobar si esas personas (si es que las hay) presentaban AC sin tener deterioro cognitivo o demencia y ver cómo evolucionan sus comportamiento disruptivos a lo largo de los cinco tiempos. Con esta finalidad, en futuras investigaciones se podría incluir la herramienta MBI-C para los casos en los que no existe un diagnóstico de demencia al iniciar el estudio longitudinal ya que un buen diagnóstico es el que se adapta a la progresión de la enfermedad.

Podría resultar igualmente útil contar con escalas de dolor que pudieran relacionarse con la presencia de AC (Björk et al., 2016).

Realizando una evaluación más exhaustiva sería también interesante determinar concretamente la relación existente entre el uso de psicofármacos o la aparición de SPC y la afectación de áreas cognitivas concretas como la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas o la orientación por ejemplo.

Con respecto a la formación, en futuras intervenciones sería interesante destacar el tema de la depresión e incorporar material sobre la importancia de la implicación familiar en el modelo de AICP que puede repercutir en el estado anímico de las personas mayores que viven en residencias.

Puesto que se ha hecho una evaluación completa de las personas que reciben los cuidados teniendo en cuenta no sólo variables médicas sino también psicofuncionales, hubiera sido también interesante evaluar más aspectos relacionados con las personas que ofrecen los cuidados, como por ejemplo evaluar si su nivel de estrés mejoraba tras la intervención o si su grado de autoeficacia se modificaba.

Además es importante tener en cuenta las barreras logísticas que pueden surgir a nivel organizativo para que la implementación del programa sea lo más óptima posible. Ya que la dificultad de acceso de los profesionales y sus turnos rotativos influyen directamente en la eficacia de las formaciones. Cada día existen un mayor número de programas de teleformación como

por ejemplo el proyecto del programa TELE-STAR (Lindauer et al., 2018) que utilizando la tecnología de la videoconferencia pueden obtener beneficios en el costo o barreras comunes que afectan a los profesionales con turnos rotativos. Además de poder llegar a la mayor cantidad de empleados cómodamente, el material estaría siempre disponible para ser consultado. Podría ser interesante plantear que este tipo de temarios pudieran ser telemáticos.

La heterogeneidad de los centros residenciales requiere que las necesidades formativas sean evaluadas previamente e individualizadas para sean lo más específicas posible y se adapten a la realidad existente en cada centro, sin embargo, esto es contraproducente para la necesidad que existe de estandarizar y publicar guías prácticas comunes que sean de utilidad para los profesionales que trabajan en los centros.

Por ello, se deben subrayar aspectos clave que se han descrito a lo largo de nuestra investigación que se deben dar en todas las formaciones para que exista una efectividad real. Como por ejemplo que el contenido de la formación se base en los diferentes enfoques que la literatura señala, la implicación de todos los profesionales incluidos personal de supervisión y área médica, facilitadores por parte de las empresas como por ejemplo impartir las formaciones en horario laboral de los trabajadores, que los cursos se ofrezcan con una cierta continuidad para los empleados recientemente contratados y el reciclaje de los empleados antiguos, que se evalúen de manera rigurosa y la implicación de las familias y cuidadores no profesionales entre otras.

PARTE III
REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Aalten, P., de Vugt, M. E., Jaspers, N., Jolles, J. y Verhey, F. R. (2005). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part II: relationships among behavioural sub-syndromes and the influence of clinical variables. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (6), 531-536. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1317>
- Aalten, P., Verhey, F. R., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., Caputo, M., Collins, D., De Deyn, P. P., Elina, K., Frisoni, G., Girtler, N., Holmes, C., Hurt, C., Marriott, A., Mecocci, P., Nobili, F., Ousset, P. J., Reynish, E., Salmon, E., Tsolaki, M., Vellas, B. y Robert, P.H. (2007) Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease consortium: part I. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 24, 457-463. DOI: <https://doi.org/10.1159/000110738>
- Abellán, A., Aceituno, M. P. y Ramiro, D. (2018). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017*. Madrid: Informes Envejecimiento en red. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2017.pdf>
- Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J y Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes de Envejecimiento en Red, 17. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>
- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gud-

mundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, D. y Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. *BMJ open*, 7 (3), 1-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2013). *Ficha técnica o resumen de las características del producto. Risperidona*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/66801/66801_ft.pdf

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2019). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2018*. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Recuperado de: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/informes-publicados/informes-ansioliticos-hipnoticos-espana-2010-2018.htm>

Agüera-Ortiz, L. F., López-Álvarez, J., Del Nido-Varo, L., García-Rosel, E. S., Pérez-Martínez, D. A., y Ismail, Z. (2017). Deterioro comportamental leve como antecedente de la demencia: presentación de los criterios diagnósticos y de la versión española de la escala MBI-C para su valoración. *Revista de Neurología*, 65, 327-334. Recuperado de: <http://www.svnps.org/documentos/deterioro-comportamental.pdf>

Agüera, L., Morñigo, A., Olivera, J., Pla, J. y Azanza, J.R. (2017). Documento de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre el uso de antipsicóticos en personas de edad avanzada. *Psicogeriatría*, 7 (1), 1-37. Recuperado de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/07S01/PSICOGERIATRIA_07_S01.pdf

Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C. y Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23 (3), 271-284. DOI: [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)

Algase, D. L. (1999). Wandering in dementia. *Annual Review of Nursing Research*, 17 (1), 185-217. DOI: <https://doi.org/10.1891/0739-6686.17.1.185>

Alvarado, A. M. y Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>

Amarilla-Donoso, F. J., Toribio, R., Rodríguez, M., Roncero, R., Lavado, J. M. y López, F. (2019). Impacto del deterioro cognitivo en la recuperación de la capacidad funcional, la institucionalización y la mortalidad de los ancianos intervenidos de fractura de cadera. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 81, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2019.01.001>

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H. J. J., Aleman, A., y Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 53-81 DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005381.pub2>.

Arias, S., Saavedra, F. J. y Avilés, I. (2017). El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: Una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. *Psicoperspectivas*, 16 (1), 42-54. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=171050068005>

Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López-Trigo, J. A., Manzano, S. y Olazarán-Rodríguez, J. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso*. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

- Arroyo-Anlló, E. M., Torres, J. T., y Castañeda, J. C. (2001). Agitación/agresividad en la demencia de tipo Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36 (3), 156-162. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(01\)74707-5](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(01)74707-5)
- Azón, J. C., Pellicer, B., Juárez, R., Azón, S., Berges, P. y Granada, J. M. (2016). Prevalencia de pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y su tratamiento con antipsicóticos. Estudio piloto. *Norte de Salud Mental*, 14 (55), 1-19. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5836866>
- Baixinho C, y Dixe M. A. (2015). Falls in institutions for older adults: characterization of fall occurrences and associated risk factors. *Revista Electrónica de Enfermería*, 17 (4), 1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>
- Baixinho, C. y Dixe, M. A. (2017). ¿ Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas?. *Index de Enfermería*, 26 (4), 255-259. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300004&lng=es&nrm=iso
- Baldwin, D., Woods, R., Lawson, R. y Taylor, D. (2011). Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *The BMJ*, 342, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d1199>
- Ballard, C., Gauthier, S., Cummings, J., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P. y Lyketsos, C. (2009). Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nature Review of Neurology*, 5, 245-55. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2009.39>
- Ballard, C., Orrell, M., Sun, Y., Moniz-Cook, E., Stafford, J., Whitaker, R., Woods, B., Corbett, A., Banerjee, S., Testad, I., Garrod, L., Khan, Z., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J. y Fossey, J. (2016). Impact of antipsychotic review and non-pharmacological intervention on health-related quality of life in people with dementia living in care homes: a factorial cluster randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32 (10), 1094-1103. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4572>

- Banerjee, S. (2009). *The use of antipsychotic medication for people with dementia: time for action*. United Kingdom: Minister of State for Care Services. Recuperado de: <http://psychrights.org/research/digest/nlps/banerjeereportongeriatricneurolepticuse.pdf>
- Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M., y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 38 (4), 323-326. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Miquel_Baquero/publication/267301737_Estudio_descriptivo_de_los_trastornos_conductuales_en_el_deterioro_cognitivo_leve/links/54a286a80cf256bf8bafce0e.pdf
- Barragán, D., García, M., Parra, A. y Tejeiro, J. (2019). Enfermedad de alzheimer. *Medicine*, 12 (74), 4338-4346. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
- Bastida, J. D., Clemente, L. J., Font, S. J., y Cardona, E. A. (2018). La personalidad premórbida como factor de riesgo en la aparición de síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: revisión sistemática. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 1, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.08.006>
- Beaudreau, S. A., Kaci, J., Spira, A. P., Lazzeroni, L. C., y O'Hara, R. (2013). Neuropsychiatric symptoms, apolipoprotein E gene, and risk of progression to cognitive impairment, no dementia and dementia: the Aging, Demographics, and Memory Study (ADAMS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (7), 672-680. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.3868>
- Beltran-Aguirre, J.L. (2016). Uso de psicofármacos en personas ancianas institucionalizadas: razones y legalidad aplicable. *DS: Derecho y salud*, 26 (1), 39-62. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5634074>
- Benabarre, S., Rodríguez, M., Olivera, J., Lorente, T., Lorés, S., Pelegrín, C., Ortiz, J. G. y Valles, J. (2016). Protocolo de estudio sobre condicionantes de desestabilización física y psicosocial en los mayores. *Gaceta Sanitaria*, 30, 451-456. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.006>

- Benoit, M., Lavoie, A. M. y Dragon, J. (2015). Une approche collaborative interprofessionnelle pour réduire les cas d'abus ou de négligence (maltraitance) en centre d'hébergement pour personnes âgées. *Aporia*, 7, 5-12. Recuperado de: http://www.oa.uottawa.ca/journals/aporia/articles/2015_04/Benoit_et_al.pdf
- Bergh, S. y Selbaek, G. (2012). The prevalence and the course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Norsk Epidemiologi*, 22 (2), 225-232. DOI: <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1570>
- Berrios, G. E. (1995). Enfermedad de Alzheimer: una historia conceptual. *Revista de Neuropsiquiatría*, 58, 150-165.
- Berland, B., Wachtel, T. J., Kiel, D. P., O'Sullivan, P. S. y Phillips, E. (1990). Patient characteristics associated with the use of mechanical restraints. *Journal of General Internal Medicine*, 5 (6), 480-485. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02600874>
- Bermejo, J. C. y Rodicio, S. G. (2007). Antipsicóticos típicos. Antipsicóticos atípicos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 14 (10), 637-647. Recuperado de: http://medsol.co/informacion/medolan/antipsicoticos_tipicos%20_y_atipicos.pdf
- Bidzan, M. y Bidzan, L. (2014). Neurobehavioral manifestation in early period of Alzheimer disease and vascular dementia. *Psychiatria Polska*, 48 (2), 319-330. Recuperado de: <https://europepmc.org/abstract/med/25016769>
- Bidzan, L., Bidzan, M. y Pačalska, M. (2012). Aggressive and impulsive behavior in Alzheimer's disease and progression of dementia. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 18 (3), 182-189. DOI: <https://doi.org/10.12659/MSM.882523>
- Björk, S., Juthberg, C., Lindkvist, M., Wimo, A., Sandman, P. O., Winblad, B. y Edvardsson, D. (2016). Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neu-

ropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes; a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16 (1), 154-162. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0328-9>

Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E. y Hamers, J. P., (2016). Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (11), 2307-2310. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>

Boada, M., Cejudo, J. C., Tàrraga, L., López, O. L. y Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17 (6), 317-323. Recuperado de: <https://medes.com/publication/5505>

Boksa, P. (2009). On the neurobiology of hallucinations. *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 34 (4), 260-262. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2702442/>

Bombois, S., Derambure, P., Pasquier, F. y Monaca, C. (2010). Sleep disorders in aging and dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14 (3), 212-217. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0052-7>

Bravo-Benítez, J. y Navarro-González, E. (2018). Problemas de conducta en personas con demencia: eficacia de un programa de formación de cuidadores. *Psicología Conductual*, 26 (1), 159-175. Recuperado de: https://behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/09/08.Bravo_26-1r.pdf

Brody, H. y Burns, K. (2012). Nonpharmacological management of apathy in dementia: a Systematic Review. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (7), 549-564. DOI: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31822be242>

Brody, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M. y Ames, D. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16 (5), 380-387. DOI:

jamda.2014.12.018

Brooker, D. y Surr, C. (2005). *DCM: Principles and Practice*. Bradford: University of Bradford.

Buettner, L. L. (1999). Simple pleasures: A multilevel sensorimotor intervention for nursing home residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14 (1), 41-52. DOI: <https://doi.org/10.1177/153331759901400103>

Burgio, L. D, Stevens, A, Burgio, K. L, Roth, D. L, Paul, P. y Gerstle, J. (2002). Teaching and managing behavior management skills in the nursing home. *The Gerontologist*, 42, 487-496. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/42.4.487>

Butler, R. (1963) The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, 26 (1), 65-76, DOI: 10.1080/00332747.1963.11023339

Burgueño A. (2005). *Guía para personas mayores y familiares uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de alzheimer*. Barcelona: Cifra y Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).

Burgueño, A. A., (2008). Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. *Navarra*, 1, 1-26. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>

Burgueño, A. A. (2015). Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. *Dilemata*, 19, 135-147. Recuperado de: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/404>

Cabrera, E., Sutcliffe, C., Verbeek, H., Saks, K., Soto-Martin, M., Meyer, G., Leino-Kilpi, H., Karlsson, S. y Zabalegui, A. (2015). Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 6 (2), 134-150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.06.003>

Calero, M. J., López-Cala, G., Ortega, A. y Cruz-Lendínez, A. (2016). Prevención de caídas en

el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6 (2), 71-82. DOI: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v6i2.160>

Canevelli, M., Blasimme, A., Vanacore, N., Bruno, G. y Cesari, M. (2016). Mild behavioral impairment: ethical, methodological and clinical reflections. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 69, 402-403. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.025>

Capezuti, E., Strumpf, N. E., Evans, L. K., Grisso, J. A., y Maislin, G. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 53 (1), 47-52. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/53A.1.M47>

Carballo-García, V., Arroyo-Arroyo, M. R., Portero-Díaz, M., y de León, J. R. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28 (3), 160-168. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.010>

Cardona-Arango, D., y Peláez, E. (2015). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28 (2): 335-348. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10946/3638>

Carreira C. y Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos de un estudio representativo de la población mayor en España. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52 (4), 197-200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.008>
Castle, N. G. (1998). Physical restraints in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987. *Medical Care Research and Review*, 55 (2), 139-170. DOI: <https://doi.org/10.1177/107755879805500201>

Caupena, G., Sánchez, M., Severino, G., Santamaría, M., y Cejudo, J. C. (2015). Psicosis orgánica en el deterioro cognitivo mixto del anciano: a propósito de un caso. *Psicogeriatría*, 5 (1) 39-43. Recuperado de: <https://www.viguera.com/sep/sep/sep/pdf/revis-riat-ria>

ta/0501/501_0039_0043.pdf

Centro Internacional sobre el Envejecimiento (04 de enero de 2018). *Envejecimiento, retos y desafíos de una nueva realidad*. Madrid: CENIE. Recuperado de: <https://cenie.eu/es/blog/envejecimiento-retos-y-desafios-de-una-nueva-realidad>

Cerejeira, J., Lagarto, L. y Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 73-81. DOI: <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>

Cipriani, G., Carlesi, C., Lucetti, C., Danti, S. y Nuti, A. (2016). Eating behaviors and dietary changes in patients with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31 (8), 706-716. DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317516673155>

Cipriani, G., Danti, S., Vedovello, M., Nuti, A. y Lucetti, C. (2014). Understanding delusion in dementia: a review. *Geriatrics & Gerontology International*, 14 (1), 32-39. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.12105>

Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S. y Nuti, A. (2014). Apathy and dementia. Nosology, assessment and management. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202, 718-724. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.000000000000190>

Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S. y Nuti, A. (2015). Sleep disturbances and dementia. *Psychogeriatrics*, 15 (1), 65-74. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12069>

Cipriani, G., Lucetti, C., Nuti, A. y Danti, S. (2014). Wandering and dementia. *Psychogeriatrics*, 14 (2), 135-142. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12044>

Cisneros, G. E. y Ausín, B. (2018). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54, 34-48. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>

Cleary, K. y Prescott, K. (2015). The use of physical restraints in acute and long-term care: an updated review of the evidence, regulations, ethics, and legality. *Journal of Acute Care*

Physical Therapy, 6 (1), 8-15. DOI: <https://doi.org/10.1097/JAT.0000000000000005>

Codesal-Julián, R., Gallego-González, E., Sánchez-Pastor, L., Chamorro-Delmo, J., Marín-Mayor, M., Quintana-Pérez, A., Navío-Acosta, M. y Agüera-Ortiz, L. F. (2010). Antiepilépticos en psicogeriatría: uso clínico práctico más allá de la epilepsia. *Psicogeriatría*, 2 (4): 183-199. Recuperado de: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0204/0204_0183_0199.pdf

Coduras, A y Del Llano, J.E. (2018). *La sanidad Española en cifras*. Madrid: Círculo de Sanidad. Recuperado de: <http://fundaciongasparcasal.org/publicaciones/Sanidad-espanola-en-cifras-2018.pdf>

Cohen-Mansfield, J. (1999). Measurement of inappropriate behavior associated with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (2), 42-51. DOI: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990201-08>

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (4), 361-381. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11739063>

Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K., y Regier, N. G. (2015). Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?. *Psychiatry research*, 228 (1), 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.043>

Cohen-Mansfield, J. y Deutsch, L.H. (1996). Agitation: subtypes and their mechanisms. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 1 (4), 325-339. DOI: <https://doi.org/10.1053/SCNP00100325>

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S. y Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of gerontology*, 44 (3), 77-84. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronj/44.3.M77>

Cohen-Mansfield, J. y Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: An integrative

summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 10(1), 32-39. DOI: <https://doi.org/10.1177/153331759501000108>

Conn, D., Snowden, J. y Purandare, N. (2017). *Residential care for people with dementia*. En Ames, D., O'Brien, J. y Burns, A., *Dementia* (pp. 292-303). London: CRC Press.

Convenio Colectivo Marco Estatal de Servicios de Atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal. *Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo*. Boletín Oficial del Estado, «BOE» núm. 229, de 21 de septiembre de 2018, 91393-91457.

Cooke, C., O'Hanlon, S., Mukherjee, S., Nee, C. y Thompell, A. (2017). *Collaborative approaches to treatment of Depression among older people living in care homes*. London: Royal College of Psychiatrists. Recuperado de: <https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/attachment/2018-09-12/Depression%20among%20older%20people%20living%20in%20care%20homes%20report%202018.pdf>

Cortajarena, M. G., Ron, S., Miranda, E. V., Ruiz, A., Azpiazu, P. G., y Lopez, J. A. (2016). Antidepressants in the elderly. *Semergen*, 42 (7), 458-463. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.semERG.2015.07.015>

Corlett, P.R., Taylor, J.R., Wang, X.J., Fletcher, P.C., y Krystal, J.H. (2010). Toward a neurobiology of delusions. *Progress in Neurobiology*, 92 (3), 345-369. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2010.06.007>

Crous-Bou, M., Minguillón, C., Gramunt, N. y Molinuevo, J. L. (2017). Alzheimer's disease prevention: from risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & therapy*, 9 (1), 71-80. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0297-z>

Cummings, J. L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*, 48 (5), 10-16. DOI: https://doi.org/10.1212/WNL.48.5_Suppl_6.10S

- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. y Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44 (12), 2308-2308. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>
- Custodio, N. (2017). Alteraciones del sueño, envejecimiento anormal y enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neuropsiquiatría*, 80 (4), 223-224. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v80i4.3236>
- Córcoles, D., Malagón, A., Bellsolà, M., Gonzalez, A., Cortizo, R., Leon, J., Bulbena, A, Pérez, V. y Martín, L. M. (2018). Síntomas neuropsiquiátricos como factor de confusión en la detección de la demencia. *Atención Primaria*, 50 (5), 267-273. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.01.015>
- Davis, L. L., Buckwalter, K. y Burgio, L. D. (1997). Measuring problem behaviors in dementia: Developing a methodological agenda. *Advances in Nursing Science*, 20 (1), 40-55. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9266016>
- Dechamps, A., Jutand, M. A., Onifade, C., Richard-Harston, S., y Bourdel-Marchasson, I. (2008). Co-occurrence of neuropsychiatric syndromes in demented and psychotic institutionalized elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 23 (11), 1182-1190. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2052>
- Dillon, C., Serrano, C. M., Castro, D., Leguizamón, P. P., Heisecke, S. L., y Taragano, F. E. (2013). Behavioral symptoms related to cognitive impairment. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1443-1455. DOI: <https://doi.org/10.2147/NDT.S47133>
- Domínguez, J. R. (2017). Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32 (3), 172-177. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.006>
- Downton, J.H. (1993). *Falls in the elderly*. En Eduard Arnold, Great Britain (pp. 64-80). Londres: Sevenoaks.

- Dyer, S. M., Harrison, S. L., Laver, K., Whitehead, C., y Crotty, M. (2017). An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 30 (3), 295-309. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610217002344>
- Echávarri, C., y Erro, M. E. (2007). Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 155-161. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200014&script=sci_arttext&tlng=pt
- Edberg, A. K. y Hallberg, I. R. (2001). Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *International Journal of Nursing Studies*, 38 (3), 271-285. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00076-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00076-6)
- Eskandari, F., Abdullah, K.L., Zainal, N.Z., y Wong, L.P. (2018). The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Education in Practice*, 32, 52-57. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.07.007>
- Ettinger, A.B. y Argoff, C.E. (2007). Use of antiepileptic drugs for nonepileptic conditions: psychiatric disorders and chronic pain. *Neurotherapeutics*, 4, 75-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurt.2006.10.003>
- Eustace, A., Coen, R., Walsh, C., Cunningham, C. J., Walsh, J. B., Coakley, D., y Lawlor, B. A. (2002). A longitudinal evaluation of behavioural and psychological symptoms of probable Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (10), 968-973. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.736>
- Evans, L. K., y Strumpf, N. E. (1990). Myths about elder restraint. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22 (2), 124-128. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1990.tb00189.x>
- Facal, D., Maseda, A., Pereiro, A. X., Gandoy-Crego, M., Lorenzo-López, L., Yanguas, J. y Millán-Calenti, J. C. (2019). Cognitive frailty: A conceptual systematic review and an

operational proposal for future research. *Maturitas*, 121, 48-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.006>

Fajardo-Zapata A. L. (2018). Consumo de psicofármacos en la ciudad de Bogotá D.C. (Colombia): una nueva realidad. *Archivos de Medicina*, 18 (2), 404-402. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2743.2018>

Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Hernández, D. D. , y Crego, M. G. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48 (5), 209-215. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>

Farran, C. J., Gilley, D. W., McCann, J. J., Bienias, J. L., Lindeman, D. A., y Evans, D. A. (2007). Efficacy of behavioral interventions for dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 29 (8), 944-960. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193945907303084>

Fauth, E. B., y Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (3), 263-271. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4002>

Feast, A., Moniz-Cook, E., Stoner, C., Charlesworth, G., y Orrell, M. (2016). A systematic review of the relationship between behavioral and psychological symptoms (BPSD) and caregiver well-being. *International psychogeriatrics*, 28 (11), 1761-1774. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610216000922>

Feldt, K. S. y Ryden, M. B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (5), 3-9. DOI: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19920501-03>

Fernández, M., Gobartt, A. L. y Balañá, M. (2010). Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. *BMC neurology*, 10 (1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-87>

- Fernandes-Lopes, R. M. y Argimon, I. I. (2016). El entrenamiento cognitivo en los ancianos y efectos en las funciones ejecutivas. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (2), 177-197. Recuperado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/16175>
- Fernández, A., González, A., y Peña, M. A. (2003). Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19 (1), 1-12. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000100014
- Fernández, M. J., Hernández, M., Garrido, A. y González, M. J. (2018). Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. *Atención Primaria*, 50, 39-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.003>
- Finkel, S. I. (1997). New focus on behavioral and psychological signs and symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 8 (3), 215-216. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610297003360>
- Finkel, S. I., y Burns, A. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): A Clinical and Research Update-Introduction. *International Psychogeriatrics*, 12 (1), 9-12.
- Finkel, S. I., Silva, J. C., Cohen, G., Miller, S. y Sartorius, N. (1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, 8 (3), 497-500. DOI: <https://doi.org/10.1097/00019442-199805000-00002>
- Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J. y Forbes, S. (2015). Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 64-89. DOI: 10.1002/14651858.CD006489.pub4.
- Forbes, D., Forbes, S., Morgan, D. G., Markle-Reid, M., Wood, J. y Culum, I. (2008). Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3, 6489. DOI: 10.1002/14651858.CD006489.pub2

- Ford, J. K. y Weissbein, D. A. (2008). Transfer of training: An updated review and analysis. *Performance Improvement Quarterly*, 10 (2), 22-41. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1937-8327.1997.tb00047.x>
- Formiga, F., Martínez-Velilla, N., Batzán, J. J. y López-Trigo, J. A. (2017). ¿Qué opinan los socios de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología sobre las guías de práctica clínica en geriatría?. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 52 (2), 107-107. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.004>
- Fort, I., Formiga, F., Robles, M. J., Regalado, P., Rodríguez, D. y Barranco, E. (2010). Alta prevalencia de consumo de neurolépticos en las personas ancianas con demencia. *Medicina Clínica*, 134 (3), 101-106. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.07.046>
- Forteza, A., Oriolo, G., Sánchez-Valle, R., Castellvi, M. y Balcells, M. (2017). Deterioro cognitivo secundario a trastorno por uso de benzodiazepinas y su reversibilidad: a propósito de un caso. *Adicciones*, 29 (1), 61-63. Recuperado de: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/767/821>
- Gac, H. (2012). Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (1), 31-35. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70270-5](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70270-5)
- Gajardo, J. y Aravena, J. M. (2016). ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias?. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 54 (3), 239-249. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000300008>
- Galán, C., Trinidad, T., Ramos, P., Gómez, J., Alastruey, J. R., Onrubia, A., López, A. y Hernández, O. (2008). Use of physical restraints in an elderly population living in public nursing homes. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 43 (4), 208-213. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71184-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71184-3)
- Gallagher, D., Coen, R., Kilroy, D., Belinski, K., Bruce, I., Coakley, D., Walsh, B., Cunningham, C. y Lawlor, B.A. (2011). Anxiety and behavioural disturbance as markers of prodromal Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of*

Geriatric Psychiatry, 26 (2), 166-172. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2509>

García, A. (2013). *Desarrollo de un instrumento de observación para el estudio de los problemas de conducta en personas mayores institucionalizadas* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/doctoral?codigo=39917>

García, P. y Beltrán, J. L. (2012). El uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales de Navarra. *Revista Jurídica de Navarra*, 53 (54), 71-112. DOI: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4258076>

García-Alberca, J. M. (2015). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 30 (1), 8-15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neu.2012.10.002>

García-Alberca, J. M., Lara, J. P. y Berthier, M. (2010). Neuropsychiatric and behavioral symptomatology in Alzheimer disease. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38 (4), 212-222. Recuperado de: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/64/ESP/11-64-ESP-212-222-981604.pdf>

García-Anaya, M., Apiquian, R. y Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24 (5), 37-43. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22438>

García-Cabrera, L., Portilla, M., Fernández-Villaseca, S., Sosa, R., Mateos-Nozal, J., Gómez, L. y Bartolomé, J. (2018). Prevalencia de sujeciones físicas en una unidad de estancia media y factores asociados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53, 99-102. DOI: [10.1016/j.regg.2018.04.240](https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.240)

García-Cueto, B. y García-Martínez, C. (2017). Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *Enfermería Comunitaria*, 5 (3), 30-44. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079379>

- García-Molina, V. A., Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10, 556-576. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/37360>
- García-Soler, Á., Díaz-Veiga, P., de Eulate, N. S., Mondragón, G. y Sancho, M. (2017). Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 52 (2), 65-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.002>
- Garre-Olmo, J. (2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 66 (11), 377-386. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6483546>
- Garre-Olmo, J., Hernández-Ferrándiz, M., Lozano-Gallego, M., Vilalta-Franch, J., Turón-Estrada, A., Cruz-Reina, M. M., Camps-Rovira, G. y López-Pousa, S. (2000). Carga y calidad de vida en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31 (6), 522-527. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.3106.2000421>
- Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., de Gracia Blanco, M. y Vilarrasa, A. B. (2010). Grouping and trajectories of neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease. Part II: two-year patient trajectories. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22 (4), <https://doi.org/1169-1180>. DOI: 10.3233/JAD-2010-101215
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Weiner, M. F., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D. y Vilalta-Franch, J. (2010). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of a Spanish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia Scale. *Quality of Life Research*, 19 (3), 445-453. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9594-8>
- Garner, J. y Evans, S. (2002). An ethical perspective on institutional abuse of older adults. *Psychiatric Bulletin*, 26 (5), 164-166. DOI: <https://doi.org/10.1192/pb.26.5.164>
- Gauthier, S., Cummings, J., Ballard, C., Brodaty, H., Grossberg, G., Robert, P. y Lyketsos, C. (2010). Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psy-*

chogeriatrics, 22 (3), 346-372. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610209991505>

Gimeno, M., Aguiar, J. P., Costa, A. M. y Alves, F. (2017). Psicofármacos y riesgo de caídas en ancianos: resultados preliminares del estudio piloto caso-control anidado en una residencia de ancianos portuguesa. *Farmacéuticos Comunitarios*, 9 (1), 28-33. DOI: [https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.\(2017/Vol9\).001.04](https://doi.org/10.5672/FC.2173-9218.(2017/Vol9).001.04)

Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34 (9), 870-876. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/07/Rehabilitación-Cognitiva.-Aspectos-teóricos-y-metodológicos.pdf>

Giró, J. (2014). La violencia hacia las personas mayores. *Trabajo Social Hoy*, 72, 23-38. DOI: <https://doi.org/10.12960/TSH.2014.0008>

Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M. P. y Hauck, W. W. (2008). Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (3), 229-239. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000300629.35408.94>

Gómez-Aguirre, N., Caudevilla, A., Bellostas, L., Crespo, M., Velilla, J. y Díez-Manglano, J. (2017). Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Revista Clínica Española*, 217 (5), 289-295. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2016.12.013>

Gómez-Romero, M., Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., Flores-Nieto, A., Garrido-Ardila, E. M., y López-Arza, M. G. (2017). Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*, 32 (4), 253-263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>

González, C.R. (2017). Seguridad en el paciente anciano. Fármacos y riesgo de caídas. *NURE investigación: Revista Científica de Enfermería*, 14 (89), 1-7. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6278366>

- González, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., y Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics*, 27 (10), 1731-1737. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610215000344>
- González, M. J. y San Miguel, B. (2001). El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 9, 19-45.
- Groot, C., Hooghiemstra, A. M., Raijmakers, P. G., Van Berckel, B. N., Scheltens, P., Scherder, E. J., Van Der Flier, W. M. y Ossenkoppele, R. (2016). The effect of physical activity on cognitive function in patients with dementia: a meta-analysis of randomized control trials. *Ageing Research Reviews*, 25, 13-23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.11.005>
- Guerra-Hernández, M. A. (2008). Síntomas psicológicos y conductuales en las demencias. En Llibre-Rodríguez, J., *Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana* (pp 99-108). Ciudad Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Guimón, J. (2004). Aspectos psicopatológicos de la desinhibición. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 23-36. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352004000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hamers, J. P., Gulpers, M. J. y Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of advanced nursing*, 45 (3), 246-251. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02885.x>
- Helvik A. S., Selbaek., G, Saltyte, J., Roeh, I. Y Bergh, S. (2018) The course of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents from admission to 30-month follow-up. *PLoS ONE* 13 (10), 206-214. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206147>
- Hemels, M.E., Koren, G. y Einarson, T. R. (2002). Increased use of antidepressants in Canada: 1981- 2000. *Annals of Pharmacotherapy*, 36, 1375- 1379. DOI: <https://doi.org/10.1345/aph.1A331>
- Herrera, J. (2010), Fármacos para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Boletín Far-*

macoterapéutico de Castilla-La Mancha, 11 (5), 1-8. Recuperado de: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/tratamiento_del_parkinson.pdf

Herrmann, N., Rabheru, K., Wang, J. y Binder, C. (2005). Galantamine treatment of problematic behavior in Alzheimer disease: post-hoc analysis of pooled data from three large trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (6), 527–534. DOI: <https://doi.org/10.1097/00019442-200506000-00012>

Hessler, J. B., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Junge, M. N., Leonhardt, S., Weber, J. y Bickel, H. (2018). Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27 (3), 278-287. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796016001098>

Hollingworth, S. A. y Siskind D. J. (2010). Anxiolytic, hypnotic and sedative medication use in Australia. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19 (3), 280-288. DOI: <https://doi.org/10.1002/pds.1899>

Homedes, N. y Ugalde, A. (2014). *Boletín electrónico para fomentar el acceso y el uso adecuado de medicamentos*. EEUU: Salud y Fármacos. Recuperado de: <http://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/may2014.pdf#page=34>

Hope, R. A., y Fairburn, C. G. (1990). The nature of wandering in dementia: A community-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5 (4), 239-245. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.930050406>

Huang, H., Kuo, L. M., Chen, Y. S., Liang, J., Huang, H., Chiu, Y. C., Chen, S. T., Sun, Y., Wen-Chuin, H. y Shyu, Y. I. L. (2013). A home-based training program improves caregivers' skills and dementia patients' aggressive behaviors: a randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (11), 1060-1070. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.09.009>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). *Midiendo el progreso: Indicadores para las residencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm_49.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2017a). *Informe anual IMSERSO 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/informea-nual2017.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2017b). *Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

Instituto Nacional de Estadística (20 de octubre de 2016). *Proyecciones de población 2016-2066*. INEbase. Recuperado de: <https://www.ine.es/prensa/np994.pdf>

Ismail, Z., Smith, E. E., Geda, Y., Sultzer, D., Brodaty, H., Smith, G., Agüera-Ortiz, L., Sweet, R., Miller, D. y Lyketsos, C. G. (2016). Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimer's & Dementia*, 12 (2), 195-202. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.017>

Ismail, Z., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Cieslak, A., Cummings, J., Fischer, C. E., Gauthier, S., Geda, Y., Herrmann, N., Kanji, J., Lanctôt, K. L., Miller, D., Mortby, M., Onyike, C., Rosenberg, P., Smith, E., Smith, G., Sultzer, D. y Lyketsos, C. (2017). The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): a rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56 (3), 929-938. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-160979>

- Irazoki, E., García-Casal, J. A., Sánchez-Meca, J., y Franco-Martín, M. (2017). Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de Neurología*, 65 (10), 447-456. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6510.2017381>
- Izal, M., Losada, A., Márquez, M. y Montorio, I. (2003). Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38 (4), 203-211. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(03\)74885-9](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(03)74885-9)
- Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Janus, S. I., van Manen, J. G., Ijzerman, M. J. y Zuidema, S. U. (2016). Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 28 (11), 1775-1790. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610216001150>
- Jiménez-Palomares, M., Rodríguez-Mansilla, J., González-López-Arza, M.V., Rodríguez-Domínguez, M.T. y Prieto-Tato, M. (2013). Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 48 (5), 238-242. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.008>
- Joanna Briggs Institute. (2002). Physical Restraint—Part 1: Use in acute and residential care facilities. *Best Practice*, 6(3), 1-6. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/91f1/b87931ef1019b987e01f7a986bf923ac4c1e.pdf>
- Kane, R., Ouslander, J. y Abrass, I. (1989). *Essentials of clinical geriatrics*. New York: McGraw-Hill.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N. y Lyketsos, C.G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 1, 350-369. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kitwood, T. (1992). Quality assurance in dementia care. *Geriatric Medicine*, 22, 34-38.

- Kitwood, T. (1993). Person and process in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 541-545.
- Kitwood, T. (1997a). *Dementia reconsidered: the person comes first*. Maidenhead-Berkshire: Open university Press.
- Kitwood, T. (1997b). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1, 13-22.
- Kitwood, T. y Bredin, K. (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1 (5), 41-60.
- Kitwood, T. (2002). Malignant social psychology. En Bytheway, B., y Bacigalupo, V.(Eds), *Understanding Care, Welfare, and Community: A Reader*. (pp 225-232) London: Psychology Press.
- Kong, E. H., Choi, H. y Evans, L. K. (2017). Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (1-2), 49-60. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13418>
- Kron, M., Loy, S., Sturm, E., Nikolaus, T. y Becker, C. (2003). Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *American Journal of Epidemiology*, 158 (7), 645-653. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwg203>
- Kuske, B., Hanns, S., Luck, T., Angermeyer, M. C., Behrens, J. y Riedel-Heller, S. G. (2007). Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*, 19 (5), 818-841. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610206004352>
- Lanctôt, K. L., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Francis, P. T., Geda, Y. E., Ismail, Z., Marshall G., Mortby M., Onyike, C., Padala, E., Politiss A., Rosenbergt, P., Siegel, E., Sultzer, D. y Abraham, E. (2017). Apathy associated with neurocognitive disorders: recent progress and future directions. *Alzheimer's & Dementia*, 13 (1), 84-100. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.05.008>

- Langa, K. M., Larson, E. B., Crimmins, E. M., Faul, J. D., Levine, D. A., Kabeto, M. U. y Weir, D. R. (2017). A comparison of the prevalence of dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Internal Medicine*, 177 (1), 51-58. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6807>
- Lawton, M. P. (1990). Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist*, 45 (5), 638-640. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.638>
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M. y An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A Systematic Review of Reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (8), 1360-1376. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14007>
- Leiva-Saldaña, A., Sánchez-Ramos, J. L., León-Jariego, J. C. y Palacios-Gómez, L. (2016). Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enfermería Clínica*, 26 (2), 129-136. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.006>
- Lemos, M. y Vélez, D. M. A. (2015). Consideraciones sobre la depresión como factor de riesgo en pacientes cardiovasculares. *CES Psicología*, 8 (1), 192-206. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539425012.pdf>
- Lindauer, A., La Fazia, D. M., McKenzie, G., McNeill, L., Mincks, K., Mattek, N., Spooden, N., Myers, M. y Teri, L. (2018). TELE-STAR for caregivers: fidelity assessment methods and early findings. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 14 (7), 1607-1608. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.184>
- Littbrand, H., Stenvall, M. y Rosendahl, E. (2011). Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90 (6), 495-518. DOI: 10.1097/PHM.0b013e318214de26
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. G. y Old Age Task Force of

the World Federation of Biological Psychiatry. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162 (11), 1996-2021. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.1996>

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., Schneider, L. S., Selbæk, G., Teri, L. y Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390, 2673-2734. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Ljunggren, G., Phillips, C.D. y Sgadari, A. (1997). Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and Ageing*, 26, 43-47. DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/26.suppl_2.43

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L. F., Montañes, J.A., Aznar, S. y Lac mara, C. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Psiquiatría*, 112 (20), 767-74. Recuperado de: https://psiquiatria.com/alzheimer_y_demencia/revalidacion-y-normalizacion-del-mini-examen-cognoscitivo-primera-version-en-castellano-del-mini-mental-status-examination-en-la-poblacion-general-geriatrica/

Lobo, A., y Serrano, C. (2005). El incremento en la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria*, 35 (3), 152-155. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/82624073.pdf>

Logsdon, R. G., McCurry, S. y Teri, L. (2005). STAR-Caregivers: a community-based approach for teaching family caregivers to use behavioral strategies to reduce affective disturbances in persons with dementia. *Alzheimer's Care Today*, 6 (2), 146-153. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232175870_STAR-Caregivers_A_Com

munity-based_Approach_for_Teaching_Family_Caregivers_to_Use_Behavioral_Strategies_to_Reduce_Affective_Disturbances_in_Persons_With_Dementia

Logsdon, R. G., Teri, L., Weiner, M. F., Gobbons, L. E., Raskind, M., Peskind, E., Grundman, M., Koss, E., Thomas, R. G., Thai, L. y Alzheimer's Disease Cooperative (1999). Assessment of agitation in Alzheimer's disease: the Agitated Behavior in Dementia Scale: Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 47 (11), 1354-1358. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07439.x>López, E.F., Guerra, G. J., González, E., Hernández, D. y Crego, M. G. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista española de geriatría y gerontología: Organo Oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 48 (5), 209-215. DOI: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715301944> - bbib33

López, A., Marín., A. y de la Parte, J. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación: una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 35 (210), 45-55. Recuperado de: https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/210_experiencias2.pdf

López-Alvarez, J. y Agüera-Ortiz, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5 (1), 3-14. Recuperado de: https://www.viguera.com/sep/sep/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf

López-Dóriga, P. y Andrino, N. (2016). Apatía postictus. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51 (3), 164-169. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.002>

López-Trigo, J. A., Ramos, P., Gutiérrez, J., Rexach, L., Artaza, I., Moreno, M., González, T., Martínez, A., Nevado, M., García, C., Álvarez, I., Fernández, A.M., Fernández, J., Martín, S., Maíllo, H., Paz, J. M., Clavijo, B., Mas, M., Burgueño, A.A., Urrutia, A. y Muñiz, R. (2014). *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. Madrid:

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

- López-Muñoz, F., Assion, H. J., Alamo, C., García-García, P., y Fangmann, P. (2008). La introducción clínica de la iproniazida y la imipramina: medio siglo de terapéutica antidepressiva. *Anales de Psiquiatría*, 24 (2), 56-70. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/ibc-64069?lang=es>
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G. y Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13 (3), 159-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Losada-Baltar, A., Izal-Fernández de Trocóniz, M., Montorio-Cerrato, I., Márquez-González, M., y Pérez-Rojo, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38 (8), 701-708. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13902/eficacia_diferencial_de_dos_intervenciones.pdf
- Losada-Baltar, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26 (1), 41-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Losada, A., Montorio, I., Izal, M., y Márquez, M. (2006). *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Lyketsos, C. G., Carrillo, M. C., Ryan, J. M., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., Cedarbaum, J., Brashear, R. y Miller, D. S. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7 (5), 532- 539. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.05.2410>

- Lyketsos, C.G., Lopez, O., Jones, B., Fitzpatrick, A. L., Breitner, J. y DeKosky, S. (2002) Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA: Journal of American Medical Association*, 288 (12), 1475-1483. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.12.1475>
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/2012-30334-001>
- Makimoto, K., Kang, Y., Kobayashi, S., Liao, X. Y., Panuthai, S., Sung, H. C., Suzuki, M., Terada, S. y Yamakawa, M. (2018). Prevalence of behavioural and psychological symptoms of dementia in cognitively impaired elderly residents of long-term care facilities in East Asia: a cross-sectional study. *Psychogeriatrics*, 19 (2), 171-180. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12380>
- Marco, J., Méndez, M., Cruz-Jentoft, A. J., Klepzig, J. G., Calvo, E., Canora, J., Zapatero, A. y Barba, R. (2019). Características clínicas del delirio y sus implicaciones pronósticas en los servicios de medicina interna españoles: análisis de una gran base de datos clínico-administrativa. *Revista Clínica Española*, 10, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.02.005>
- Marin, R.S. (1991). Apathy: A neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 3 (3), 243-254. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/jnp.3.3.243>
- Martí, P. y Mercadal-Brotons, M. (2009). *Manual de musicoterapia en geriatría y demencias*. Barcelona: Prayma.
- Martí, C., Marcos, G. y Santos, J.L. (2016). *Síntomas psicológicos y conductuales en la demencia: Abordaje terapéutico*. Toledo: SESCOAM (Servicio de Salud de Castilla La Mancha).
- Martinez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación pilares.

Martinez-Cengotitabengoa, M., Diaz-Gutierrez, M. J., Besga, A., Bermúdez-Ampudia, C., López, P., Rondon, M.B., Stewart, D., Perez, P., Gutierrez, M. y Gonzalez-Pinto, A. (2018). Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11 (1), 12-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2017.04.001>

Martínez-Moreno, E. y Bermúdez-Pérez, M. P. (2016). Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar. Psychological abuse of elderly people: variables to consider. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1 (7) 143-153. DOI: <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3161>

Masters, M. C., Morris, J. C., y Roe, C. M. (2015). "Noncognitive" symptoms of early Alzheimer disease: a longitudinal analysis. *Neurology*, 84 (6), 617-622. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001238>

Matthews, D.A. (1984). Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 32 (4), 253-258. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1984.tb02017.x>

Maurer, K., Volk, S. y Gerbaldo, H. (1997). Auguste D and Alzheimer's disease. *The Lancet*, 349 (9064), 1546-1549. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)10203-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)10203-8)

Mayordomo, T., Sales, A., Redondo, R., Torres, M. y Bendicho, J. (2016). Behavior and emotion in dementia. En D.V. Moretti (Ed.), *Dementia* (pp. 450-475). London, United Kingdom: IntechOpen. DOI: <https://doi.org/10.5772/64681>.

McCabe, M. P., Davison, T. E. y George, K. (2007). Effectiveness of staff training programs for behavioral problems among older people with dementia. *Aging and Mental Health*, 11 (5), 505-519. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860601086405>

McConnell, E. S. y Karel, M. J. (2016). Improving management of behavioral and psychological symptoms of dementia in acute care. *Nursing Administration Quarterly*, 40 (3), 244-254. DOI: <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000167>

- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Mead, J., Pike, K. C., La Fazia, D. M., Stevens, L. y Teri, L. (2017). Adopting evidence-based caregiver training programs in the real world: outcomes and lessons learned from the STAR-C Oregon translation study. *Journal of Applied Gerontology*, 36 (5), 519-536. DOI: <https://doi.org/10.1177/0733464815581483>
- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T. y Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46 (1), 130-135. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.46.1.130>
- Meléndez, J. C., Navarro-Pardo, E., Sales, A. y Mayordomo, T. (2012). Efecto moderador de la institucionalización en las actividades de la vida diaria y bienestar en el envejecimiento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (4), 671-680. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838800008.pdf>
- Milano, W., Saturnino, C. y Capasso, A. (2013). Behavioural and psychological symptoms of dementia: An overview. *Current Neurobiology*, 4, 31-34. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/09aa/d389f8dfa13783815ae7043ec9979eb01a5b.pdf>
- Miles, S.H. y Irvine, P. (1992). Deaths caused by physical restraints. *The Gerontologist*, 32 (6), 762-766. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/32.6.762>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Informe Encuesta Europea de Salud 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/pdf/EESE14_inf.pdf
- Mitty, E. y Flores, S. (2007). Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatric Nursing*, 28 (5), 283-288. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2007.08.009>
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. y Meyer, G. (2012). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care, a Cochrane review. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (22), 3070-3081. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365->

2702.2012.04153.x

- Morris, S., Patel, N., Baio, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Omar, R. Z., Katona, C., Cooper, C. y Livingston, G. (2015). Monetary costs of agitation in older adults with Alzheimer's disease in the UK: prospective cohort study. *BMJ Open*, 5 (3), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007382>
- Mouriz, R., Ponte, J. C., Tuñas, L. G., Dosil, C. y Facal, D. (2019). Dementia and Challenging Behaviors in Gerontological Centers. A Case Report. *Geriatrics*, 4 (15), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.3390/geriatrics4010015>
- Mulders, A. J., Zuidema, S. U., Leeuwis, R., Bor, H., Verhey, F. R. y Koopmans, R. T. (2019). Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing home patients with young-onset dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.5116>
- Musiek, E. S., Xiong, D. D. y Holtzman, D. M. (2015). Sleep, circadian rhythms, and the pathogenesis of Alzheimer disease. *Experimental & Molecular Medicine*, 47 (3), 32-48. DOI: <https://doi.org/10.1038/emm.2014.121>
- Muñiz, R., Gómez, S., Curto, D., Hernández, R., Marco, B., García, P., Tomás, J. y Olazarán, J. (2016). Reducing physical restraints in nursing homes: a report from María Wolff and Sanitas. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (7), 633-639. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.011>
- Muñiz, R. y Olazarán, J. (2009). Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica a profesionales. Madrid: Fundación Maria Wolff y el International Non Pharmacological Therapies Project. Recuperado de: <http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpapar.pdf>
- Muñoz, E., Blazquez, J. L., Galparsoro, N., González, B., Lubrini, G., Periañez, J. A., Rios, M., Sánchez, I., Tirapu, J. y Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Barcelona: Editorial uoc.

Nelson, T.D. (2004). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.

Neal, M. y Barton, P. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-30. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001394>

Nijk, R. M., Zuidema, S. U. y Koopmans, R. T. (2009). Prevalence and correlates of psychotropic drug use in Dutch nursing-home patients with dementia. *International Psychogeriatrics*, 21(3), 485-493. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610209008916>

Öhman, H., Savikko, N., Strandberg, T. E. y Pitkälä, K. H. (2014). Effects of physical exercise on cognitive performance in older adults with mild cognitive impairment or dementia: a Systematic Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 38 (5), 347-365. DOI: <https://doi.org/10.1159/000365388>

Olazarán, J. y Muñiz, R. (2017). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. De la sujeción química al correcto manejo. *Boletín Informativo de Navarra*, 25 (2), 1-12. Recuperado de: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/55F33613-95EC-47C0-818D-505DF20C7734/394541/Bit_v25n3.pdf

Olazarán-Rodríguez, J., Agüera-Ortiz, L. F. y Muñiz-Schwochert, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55 (10), 598-608. Recuperado de: <http://www.alzheimeruniversal.eu/wp-content/uploads/2013/05/Sintomas-psicologicos-y-conductuales-de-la-demencia-prevencion-diagnostico-y-tratamiento.pdf>

Olazarán-Rodríguez, J., López-Álvarez, J., Agüera-Ortiz, L. F., López-Arrieta, J. M., Beltrán-Aguirre, J. L., García-García, P., Rigueira-García, A., Martín-Carrasco, M., Quintana-Hernández, D. y Muñiz-Schwochert, R. (2016). Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad. *Psicogeriatría*, 6, 91-98. Recuperado de: <https://www.ceafa.es/files/2017/03/Criterios%20CHROME%20RevPsicoGer2016.pdf>

Oliveira, A. M., Radanovic, M., Mello, P., Buchain, P. C., Vizzotto, A., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. y Forlenza, O.V. (2015). Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a Systematic Review. *BioMed Research International*, 1, 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/218980>

Olivera, J., Val, M. J., Hermoso, C. y Pelegrín, C. (2015). Uso de antipsicóticos fuera de indicación en los mayores. *Informaciones Psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 220, 23-30. Recuperado de: <http://www.informacionepsiquiaticas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20150617104236.pdf>

Ooms, S. y Ju, Y.E. (2016). Treatment of sleep disorders in dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 18 (9), 1-17. DOI: 10.1007/s11940-016-0424-3

Organización Mundial de la Salud (1948). *Official records of the World Health Organization. Summary report on proceedings minutes and final acts of the International Health Conference*. Genève: World Health Organization. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=9082EE-37474D3CA34892261101ADF182?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2013). *Demencia, una prioridad de salud pública*. Washington: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://extranet.who.int/age-friendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Dementia-Spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=5F6BDDCB-F31779F57916F98D6B86B31B?sequence=1

- Organizacion Mundial de la Salud (5 de febrero de 2018). *Envejecimiento y salud*. World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Ortega, E., Ramón K., Sánchez A., Verdú, L. y Vidal, V. (2017). Relación entre la depresión y el suicidio en la población geriátrica. *Terapia Ocupacional*, 1 (1), 1-22. Recuperado de: <http://www.revistas.innovacionumh.es/index.php?journal=terapiaocupacional&page=article&op=view&path%5B%5D=1240&path%5B%5D=337>
- Ortiz, L. A. y Carrasco, M. M. (2004). Psiquiatría y demencias. En F. Bermejo, *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia* (pp. 93-106). Madrid: Díaz de Santos.
- Palmer, K., Lupo, F., Perri, R., Salamone, G., Fadda, L., Caltagirone, C., Mussico, M. y Cravello, L. (2011). Predicting disease progression in Alzheimer's disease: the role of neuropsychiatric syndromes on functional and cognitive decline. *Journal of Alzheimer's Disease*, 24 (1), 35-45. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-2010-101836>
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Pedersen, S. K., Andersen, P. N., Lugo, R. G., Andreassen, M. y Sütterlin, S. (2017). Effects of music on agitation in dementia: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 742-746. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00742>
- Pelletier, I. C. y Landreville, P. (2007). Discomfort and agitation in older adults with dementia. *BMC Geriatrics*, 7 (1), 27-35. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-27>
- Pellicer, B., Juárez, R., Gracia, E., Redondo, L. C., Guerrero, S. y Delgado, D. (2014). Consumo de benzodiazepinas en una residencia de ancianos validos institucionalizados. *Research*, 1, 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.13070/rs.es.1.1130>
- Pérez, A. y González, S. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33 (6), 378-384. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>

- Peters, M. E., Schwartz, S., Han, D., Rabins, P. V., Steinberg, M., Tszchanz, J. T. y Lyketsos, C. G. (2015). Neuropsychiatric symptoms as predictors of progression to severe Alzheimer's dementia and death: the Cache County Dementia Progression Study. *American Journal of Psychiatry*, 172 (5), 460-465. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14040480>
- Phillips, C. D., Hawes, C. y Fries, B. (1993). Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs? *American Journal of Public Health*, 83 (3), 342-348. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.3.342>
- Pinazo-Clapés, C. y Pinazo-Hernandis, S. (2017). Manejo de síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias en ámbito residencial. En Molero, M., Perez-Fuentes MC., Gazquez, J., Barragán, AB., Martos, A. y Simon, MM. (comps.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud*, Vol I, 669-675. Almería: ASUNI-VEP.
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía*, 41, 252-282. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4417757>
- Pino, M. B. y Escárcega, M. V. (2016). Abordaje no farmacológico de las demencias. *Archivos de Neurociencias*, 21, 95-102. Recuperado de: <http://archivosdeneurociencias.com/sites/default/files/eventos/documentos/supl-17-colorw.pdf#page=108>
- Pinzón, A. (2016). Delirium y delirio. *Acta Médica Colombiana*, 42 (2), 144-145. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v42n2/0120-2448-amc-42-02-00145.pdf>
- Pocnet, C., Rossier, J., Antonietti, J. P. y Gunten, A. (2013). Personality traits and behavioral and psychological symptoms in patients at an early stage of Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (3), 276-283. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.3822>
- Pol, E. (2018). Uso de los antipsicóticos en adultos mayores. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 263-282. DOI: 10.4321/S0211-57352018000100014

- Prieto, C., Eimil, M., López, C., Llanero, M. y Villarejo, A. (2017). *Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Fundación del cerebro. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M, Ali, G. C., Wu, Y. T. y Prina, M. (2015) *World Alzheimer Report 2015. Global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Qing-Fei, Z., Lan, T., Hui-Fu, W., Teng, J., Meng-Shan, T., Lin, T., Wei, X., Jie-Qiong, L., Jun, W., Te-Jen, L. y Jin-Tai, Y. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 190, 264-271. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.069>
- Rabinowitz, Y. G., Mausbach, B. T. y Gallagher-Thompson, D. (2009). Self-efficacy as a moderator of the relationship between care recipient memory and behavioral problems and caregiver depression in female dementia caregivers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23 (4), 389-394. DOI: <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181b6f74d>
- Ramakers, I., Verhey, F., Scheltens, P., Hampel, H., Soininen, H., Aalten, P., Olde, M., Verbeek, M., Spuru, L., Blennow, K., Trojanowski, L. Q., Shaw, L. M., Visser, P. J., The Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative y DESCRIPA Investigators (2013). Anxiety is related to Alzheimer cerebrospinal fluid markers in subjects with mild cognitive impairment. *Psychological Medicine*, 43 (5), 911-920. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291712001870>
- Ramos, P., López-Trigo, J.A., Maíllo, H. y Paz, J.M. (2015). Physical and pharmacological restraints in geriatric and gerontology services and centers. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50 (1), 35-38. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.006>
- Ramos, A. M., Yordi, M. y Miranda, M. A. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20 (3), 330-337. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pi

d=S1025-02552016000300014

Ramírez, L., Velilla, L., Quiroz, Y., Lopera, F. y Giraldo, M. (2016). Frontotemporal Dementia: Right Temporal Variant, report of 2 cases. *Acta Neurológica Colombiana*, 32 (1), 54-60. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000100009

Rapaport, P., Livingston, G., Murray, J., Mulla, L y Cooper, C. (2017). Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia. *BMJ Open*, 7 (2), 141-177. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014177>

Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 5 de junio de 1995, 133, 16503-16526. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13533

Reis, R., Dalpai, D. y Camozatto, A. (2013). Staff training to reduce behavioral and psychiatric symptoms of dementia in nursing home residents: a systematic review of intervention reproducibility. *Dementia & Neuropsychología*, 7 (3), 292-297. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642013DN70300010>

Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E. y Georgotas, A. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (5), 9-15. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3553166>

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>

Reyes-Figueroa, J. C., Rosich-Estragó, M., Bordas-Buera, E., Gaviria-Gómez, A. M., Vilella-Cuadrada, E. y Labad-Alquézar, A. (2010). Síntomas psicológicos y conductuales como fac-

tores de progresión a demencia tipo Alzheimer en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, 50 (11), 653-660. DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.5011.2009714>

Richardson, K., Bennett, K. y Kenny, R.A. (2015). Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in communitydwelling middle-aged and older adults. *Age and Ageing*, 44, 90-96. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu141>

Robles, A., Grávalos, G. J., Hermida, S. R., González, A. L., Gil, C, y Caballero, A. G. (2012). Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes institucionalizados con diagnóstico de demencia y factores asociados: estudio transversal multicéntrico. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 47(3), 96-101. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.002>

Rodakowski, J., Saghafi, E., Butters, M.A. y Skidmore, E.R. (2015). Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. *Molecular Aspects of Medicine*, 43, 38-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mam.2015.06.003>

Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid: Informes Portal Mayores. Recuperado de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

Rodríguez, G., Rodríguez, P., Castejón, P. y Morán, E. (2013). *Las personas mayores que vienen*. Autonomía, solidaridad y participación social. Madrid: Fundación Pilares.

Rogers, C. (1977). *Carl Rogers on personal power*. England: Delacorte.

Rojas-Jara, C., Calquin, F., González, J., Santander, E. y Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud y Sociedad*, 10 (1), 40-50. DOI: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00003>

Romero, A. P. y Garrido, S. G. (2018). La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 33 (6), 378-384. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.024>

- Ropacki, S. A. y Jeste, D. V. (2005). Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *American Journal of Psychiatry*, 162 (11), 2022-2030. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2022>
- Ruan, Q., Yu, Z., Chen, M., Bao, Z., Li, J. y He, W. (2015). Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing Research Reviews*, 20, 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.12.004>
- Ruscín, J. M. y Linnebur, S. A. (2018). *Farmacocinética en los ancianos*. Kenilworth: MSD. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/geriatr%C3%ADa/farmacoterapia-en-los-ancianos/farmacocin%C3%A9tica-en-los-ancianos#resourcesInArticle>
- Saji, N. y Sakurai, T. (2017). Is gait a risk factor for dementia? *Geriatric Gerontology International*, 17, 75-77. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.13040>
- Salech, F., Palma, Q. D. y Garrido, Q. P. (2016). Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27 (5), 660-670. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2016.09.011>
- Sales, A., Pardo, A., Mayordomo, T., Satorres-Pons, E. y Meléndez, J. C. (2015). Efectos de la terapia cognitivo-conductual sobre la depresión en personas mayores institucionalizadas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20 (2), 165-172. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15170>
- Salgueiro, E., Elizarde, B. C., Elola, A. I., García-Pulido, B., Nicieza-García, M. L. y Manso, G. (2018). Los criterios STOPP/START más frecuentes en España. Una revisión de la literatura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53 (5), 274-278. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.001>
- Sánchez, D., Bravo, N., Miranda, J. y Olazarán, J. (2015). Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Medicine*, 11 (72), 4316-4322. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.01.003>

- Sarre, S., Maben, J., Aldus, C., Schneider, J., Wharrad, H., Nicholson, C. y Arthur, A. (2018). The challenges of training, support and assessment of healthcare support workers: A qualitative study of experiences in three English acute hospitals. *International journal of nursing studies*, 79, 145-153. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.010>
- Seitz, D.P., Adunuri, N., Gill, S. S., Gruneir, A., Herrmann, N. y Rochon, P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 81-91. DOI: [10.1002/14651858.CD008191.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008191.pub2)
- Sheikh, J. y Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5 (2), 165-173. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., Kieny M. P. y Donaldson, L. (8 de agosto de 2017). *El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>
- Shih, H., Lin, C., Tu, F., Chang, M., Hsu, H., Chi, C. y Kao, C. (2015). An increased risk of reversible dementia may occur after zolpidem derivative use in the elderly population: a population-based case-control study. *Medicine*, 94 (17), 1-7. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4603066/pdf/medi-94-e809.pdf>
- Smebye, K. L., Kirkevold, M. y Engedal, K. (2015). Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, 16 (1), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1217-1>
- Smith, M. y Buckwalter, K. (2005). Behaviors associated with dementia: whether resisting care or exhibiting apathy, an older adult with dementia is attempting communication: Nurses and other caregivers must learn to “hear” this language. *The American Journal of Nursing*, 105 (7), 40-52. Recuperado de: https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2005/07000/BEHAVIORS_ASSOCIATED_WITH_DEMENTIA__Whether.28

aspx

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2006). *Tratado de Geriátría para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication.

Song, J. A. y Oh, Y. (2015). The association between the burden on formal caregivers and behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in Korean elderly in nursing homes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (5), 346-354. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.004>

Spalletta, G., Musicco, M., Padovani, A., Rozzini, L., Perri, R., Fadda, L., Canonico, V., Trequatrin, A., Pettenati, C., Caltagirone, C. y Palmer, K. (2010). Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (11), 1026-35. DOI: [10.1097/JGP.0b013e3181d6b68d](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d6b68d)

Spector, A., Orrell, M. y Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12 (1), 354-364. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.06.005>

Steele, C., Rovner, B., Chase, G. A. y Folstein, M. (1990). Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 147 (8), 1049-1051. DOI: [10.1176/ajp.147.8.1049](https://doi.org/10.1176/ajp.147.8.1049)

Stringaris, A. y Taylor, E. (2015). *Disruptive mood: Irritability in children and adolescents*. United Kingdom: Oxford University Press.

Starkstein, S. E., Jorge, R., Petracca, G. y Robinson, R. G. (2007). The construct of generalized anxiety disorder in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (1), 42-49. DOI: [10.1097/01.JGP.0000229664.11306.b9](https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000229664.11306.b9)

Steinberg, M., Hess, K., Corcoran, C., Mielke, M. M., Norton, M., Breitner, J., Green, R., Leoutsakos, J., Welsh-Bohmer, K., Lyketsos, C. y Tschanz, J. (2014). Vascular risk factors and

neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29 (2), 153-159. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.3980>

Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., Breitner, J. Steffens, D. y Tschanz, J. T. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (2), 170-177. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1858>

Tan, Z.S., Ramirez, K., Soh, M. y Ercoli, L. (2017). The effects of an intensive dementia caregiver training course on caregiver knowledge and perceived competence. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13 (7), 491-501. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.06.533>

Tanaka, H., Hashimoto, M., Fukuhara, R., Ishikawa, T., Yatabe, Y., Kaneda, K., Yuuki, S., Honda, K., Matsuzaki, S., Tsuyuguchi, A., Hatada, Y. y Ikeda, M. (2015). Relationship between dementia severity and behavioural and psychological symptoms in early-onset Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 15 (4), 242-247. DOI: <https://doi.org/10.1111/psyg.12108>

Tao, Y., Peters, M. E., Drye, L., Devanand, D. P., Mintzer, J. E., Pollock, B. G., Porsteinsson, A., Rosenberg, P., Schneider, L., Shade, D., Weintraub, D., Yesavage, J., Lyketsos, C. y Munro, C. (2018). Sex Differences in the Neuropsychiatric Symptoms of Patients With Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 33 (7), 450-457. DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317518783278>

Thorton, J. E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28 (4), 301-312. DOI: <https://doi.org/10.1080/036012702753590415>

Teri, L., Huda, P., Gibbons, L., Young, H. y Van Leynseele, J. (2005). STAR: A Dementia-Specific Training Program for Staff in Assisted Living Residences: Nancy Morrow-Howell. *The Gerontologist*, 45 (5), 686-693. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/45.5.686>

Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. y McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of de-

pression in dementia patients: a controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52 (4), 159-166. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/52B.4.P159>

Terol-Fernández, J., Faus-Felipe, V., Díez-Rodríguez, M., del Río-Urenda, S., Labajos-Manzanas, M.T. y González-Correa, J.A. (2016). Prevalence of inappropriate prescription to polymedicated patients over 65 years old in a rural health area. *Revista de Calidad Asistencial*. 31, 84-98. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.08.006>

Tinetti, M.E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34 (2), 119-126. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>

Tinetti, M.E. (1987). Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35 (7), 644-648. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04341.x>

Tinetti, M.E., Liu, W.L. y Ginter, S.F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Annals of Internal Medicine*, 116 (5), 369-374. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-5-369>

Tinetti, M. E., Speechley, M. y Ginter, S. F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319 (26), 1701-1707. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJM198812293192604>

Torales, J., y Arce, A. (2017). Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 1 (1), 54-99. Recuperado de: <http://www.medicinaclicinaysocial.org/index.php/MCS/article/view/6>

Toro, J. (2010). Demencia con cuerpos de Lewy. *Acta de Neurología Colombiana*, 26, 78-80. Recuperado de: http://acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_78-80.pdf

- Tortosa, M. Á., Granel, R., Fuenmayor, A. y Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51 (1), 5-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.006>
- Tran, M., Bedard, M., Dubois, S., Weaver, B. y Molloy, D.W. (2013). The influences of psychotic symptoms on the activities of daily living of individuals with Alzheimer disease: A longitudinal analysis. *Aging & Mental Health*, 17 (6), 738-747. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.770446>
- Turró-Garriga, O., Soler-Cors, O., Garre-Olmo, J., López-Pousa, S., Vilalta-Franch, J. y Monserrat-Vila, S. (2008). Distribución factorial de la carga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 46 (10), 582-588. Recuperado de: <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/895>
- Ubhi, K. y Masliah, E. (2013). Alzheimer's disease: recent advances and future perspectives. *Journal of Alzheimer's Disease*, 33 (1), 185-194. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-2012-129028>
- Uriz, F., Arizcuren, M. A., Burguete, Y., Leache, L., Arizcuren, A. y Malafarina, V. (2018). Variables asociadas a polifarmacia y prescripción inadecuada en el medio residencial geriátrico. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53, 111-123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.269>
- Urrutia, A. (2016). *Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Urrutia, A. y Erdoiza, I. (2010). *Norma Libera-Ger. Sistema de gestión y control de sujeciones en centros de atención sociosanitaria*. Vizcaya: Fundación Cuidados Dignos.

- Valle-Alonso, D., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L. y Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12 (1), 19-27. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004
- Van Der Linde, R. M., Dening, T., Stephan, B. C., Prina, A. M., Evans, E. y Brayne, C. (2016). Longitudinal course of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 209 (5), 366-377. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148403>
- Van Der Linde, R., Stephan, B., Savva, G., Dening, T. y Brayne, C. (2012). Systematic reviews on behavioural and psychological symptoms in the older or demented population. *Alzheimer's Research & Therapy*, 4, 1-23. DOI: <https://doi.org/10.1186/alzrt131>
- Vega, M. Miralles, J.M. Mangas, D. Castrillejo, A.I. Rivas, M. Gil, A. López, E. Arrieta, J.E. Lozano, M. y Fragua, M. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurology*, 3, 491-498. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>
- Veragiat, S., Pensuksan, W. C., Suvanchot, K. S., Yooyen, C., Chetkhunthod, P. Y Sarsanas, P. (2016). Prevalence of dementia and neuropsychiatric symptoms among elderly patients attending outpatient Departments of Psychiatric Hospitals in Southern Thailand. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 14 (1), 43-49. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/ae64/2e22edfdb110bd335918ddee852d6895fa2a.pdf>
- Vicente, M.P., Macias, D., de la Fuente, C., González, D., Montero, D. y Catalá-López, F. (2013). Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Revista Española de Salud Pública*, 87 (3), 247-255. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300004>
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., y Stringaris, A. (2016). The status of irritability in psychiatry: a conceptual and quantitative review. *Journal of the Ame-*

ican Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 55 (7), 556-570. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.014>

Vila-Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M. y Fernández, E. (2012). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, 30 (1), 109-117. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/viewFile/257072/344114>

Vilalta-Franch, J., Calvó-Perxas, L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O. y López-Pousa, S. (2013). Apathy syndrome in Alzheimer's disease epidemiology: prevalence, incidence, persistence, and risk and mortality factors. *Journal of Alzheimer's Disease*, 33 (2), 535-543. DOI: <https://doi.org/10.3233/JAD-2012-120913>

Vink, A.C., Bruinsma, M.S. y Scholten, R. J. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 34-37. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477>

Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M., Desrosiers, J., Champoux, N. y Bédard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 5, 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2318-5-13>

Wardhaugh, J. y Wilding, P. (1993). Towards an explanation of the corruption of care. *Critical Social Policy*, 13 (37), 4-31. DOI: <https://doi.org/10.1177/026101839301303701>

Werner, P., Cohen-Mansfield, J., Braun, J. y Marx, M.S. (1989). Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37 (12), 1122-1126. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1989.tb06675.x>

Werner, P. y Mendelsson, G. (2001). Nursing staff members' intentions to use physical res-

traits with older people: testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (5), 784-791. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01911.x>

Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., de Jonghe, J. F., Verhey, F. R. y Koopmans, R. T. (2010). Course of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia in nursing homes over 2-year period. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (12), 1054-1065. DOI: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181f60fa1>

Wilcock, G. K., Ballard, C. G., Cooper, J. A. y Loft, H. (2008). Memantine for agitation/ aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer's disease: a pooled analysis of 3 studies. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (3), 341-348. Recuperado de: <https://europepmc.org/abstract/med/18294023>

Wilkinson, A., Kanik, M., O'Neill, J., Charoenkitkarn, V. y Chignell, M. (2017). Ambient Activity Technologies for Managing Responsive Behaviours in Dementia. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 6 (1), 28-35. DOI: <https://doi.org/10.1177/2327857917061008>

Whitfield, D.R., Francis, P.T., Ballard, C. y Williams, G. (2018). Associations between ZnT3, tau pathology, agitation, and delusions in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 1146-1152. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4908>

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E. y Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 11-20. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zahodne, L. B., Ornstein, K., Cosentino, S., Devanand, D. P. y Stern, Y. (2015). Longitudinal relationships between Alzheimer disease progression and psychosis, depressed mood,

and agitation/aggression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23 (2), 130-140.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.014>

Zuidema, S., Koopmans, R. y Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20 (1), 41-49. DOI: <https://doi.org/10.1177/0891988706292762>

PARTE IV

ANEXOS

ANEXO 1

LISTADO DE CENTROS EN LOS QUE SE HA IMPARTIDO Y EVALUADO LA FORMACIÓN DE ESTUDIO 2

1. La Saleta Campolivar
2. La Saleta Puig
3. La Saleta Conarda
4. La Saleta Alaquas
5. La Saleta Magdalena
6. La Saleta Masia del Pinar
7. La Saleta Moncada
8. La Saleta Palacio de Raga
9. La Saleta Puerto de Sagunto
10. La Saleta Puzol
11. La Saleta Segorbe
12. La Saleta Torrente
13. La Saleta Alcudia dels Crespins
14. La Saleta Onteniente



● Centros en los que se ha impartido la formación del Estudio 2.

ANEXO 2



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ANTE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN RESIDENCIAS

| |
|---|
| CENTRO: |
| FECHA: |
| SEXO: |
| EDAD: |
| FORMACIÓN/PUESTO: |
| AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR: ¿Cuántos años lleva trabajando con personas mayores en este o en otros recursos? |

1. El modelo de Atención Integral Centrada en la Persona defiende que...:

- Quando una persona muestra un problema de comportamiento, debe intervenir siempre la misma persona.
- Un problema de comportamiento se debe a factores biológicos, psicológicos y del entorno.
- Debemos centrar nuestra atención en las personas que presentan problemas de comportamiento.

2. La desinhibición es...:

- El exceso de pudor o vergüenza.
- Un cambio emocional brusco.
- La ausencia de pudor o vergüenza.

3. Cuando una persona mayor nos dice que sus padres le han dicho esta mañana que vendrán a recogerle...:

- Está desorientada.
- Está sufriendo una alucinación.
- Está sufriendo un delirio.

4. ¿Qué afirmación es correcta si hablamos de alucinación y delirio?

- a) Son dos tipos de desorientación.
 - b) Son lo mismo pero en distintos momentos del día.
 - c) Percibir algo inexistente es una alucinación.
-

5. Una persona que no sabe dónde está...:

- a) Sufre una alucinación espacial.
 - b) Sufre una desorientación temporal.
 - c) Sufre una desorientación espacial.
-

6. Cuando una persona mayor se encuentra agitada y agresiva...:

- a) Debemos acercarnos por detrás y apartarle del resto de personas para que no cometa una agresión.
 - b) Debemos avisar a la enfermera para que evalúe si la persona necesita medicación.
 - c) Debemos evitar intervenir solos y pedir ayuda a otro compañero.
-

7. La labilidad emocional...:

- a) Se refiere a que las personas mayores suelen ser emocionalmente estables.
 - b) Se refiere a que las personas mayores presentan cambios emocionales bruscos.
 - c) Se refiere a que las personas mayores suelen estar deprimidas.
-

8. La deambulaci3n errática:

- a) La sufren las personas con dificultades para moverse o caminar.
 - b) La sufren las personas que caminan sin problema.
 - c) La sufren las personas que no caminan.
-

9. Cuando una persona nos cuenta algo que no es real, lo mejor es...:

- a) Ignorarlo, actuar con normalidad como si no nos hubiera dicho nada, para que no se altere.
 - b) Responder como si fuera cierto y sacar un tema distinto, distraerle con algo real para que no se altere.
 - c) Explicarle de modo pausado y tranquilo, que lo que dice no es cierto, para que no se altere.
-

10. Cuando una persona tiene un problema de comportamiento...:

- a) El auxiliar geriátrico no debe intervenir en ningún caso.
 - b) El auxiliar geriátrico debe avisar a la enfermera para que le pauté la medicación idónea.
 - c) El auxiliar geriátrico debe observar, intervenir e informar posteriormente al resto del equipo.
-

11. La polifarmacia es...:

- a) El uso del fármaco correcto para cada comportamiento-problema.
 - b) El uso abusivo de fármacos.
 - c) El uso de antipsicóticos y ansiolíticos a la vez.
-

12. La terapia de la validación sostiene que...:

- a) Tener en cuenta la experiencia personal de cada persona es una manera de tranquilizar a las personas mayores con deterioro cognitivo.
 - b) Entrenar la memoria va a aumentar la autoestima y calidad de vida de las personas mayores con deterioro cognitivo.
 - c) Validar y asentir ante las cosas que dicen las personas mayores es una manera de tranquilizarlas.
-

13. Cuando una persona mayor con deterioro cognitivo grave está nerviosa...:

- a) Debemos dejar pasar un tiempo para que se le pase.
 - b) Debemos hacerle preguntas hasta averiguar qué le ocurre.
 - c) Nuestra postura y tono son importantes.
-

14. Utilizar el contacto visual sincero, directo y prolongado...:

- a) Sólo será útil para trabajar con personas sin deterioro cognitivo.
 - b) Puede disminuir la agresividad de una persona mayor con deterioro cognitivo.
 - c) Será útil para guiar a las personas con deambulación errática.
-

15. En un registro de conductas problemáticas...:

- a) Problemas como la apatía o la euforia, al ser más comunes, no será necesario registrarlos siempre.
- b) Deben registrarse y detallar todos los problemas de conducta.
- c) Para que resulte útil, sólo deben registrarse los problemas de conducta que suponen un riesgo para los cuidadores o la propia persona mayor.

ANEXO 3



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA



TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ANTE PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO EN RESIDENCIAS

| |
|---|
| CENTRO: |
| FECHA: |
| SEXO: |
| EDAD: |
| FORMACIÓN/PUESTO: |
| AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SECTOR: ¿Cuántos años lleva trabajando con personas mayores en este o en otros recursos? |

CASO PRÁCTICO 1:

Son las 22:00, muchos de los residentes se encuentran ya en sus habitaciones.

En la habitación 112 se encuentran el señor JJS y su mujer discutiendo con uno de los auxiliares porque no aparece el pijama del señor JJS.

Mientras tanto, María, una de las auxiliares cambia las sábanas de la señora GHI en la habitación 114.

La señora GHI se encuentra hoy especialmente nerviosa, dice que escucha a su hija gritarle desde fuera de la habitación y pedirle que vaya a casa.

La auxiliar María procura calmarle, le dice que es hora de acostarse y que mañana vendrá su hija por la mañana.

Tras intentar calmarle, la señora GHI agrade a la auxiliar.

María sale de allí desesperada y gritando, le pide a otro compañero que por favor le ayude.

¿De qué alteración conductual o alteraciones se trata?

Rellena el siguiente registro con la información que consideres pertinente.

| SITUACIÓN | PRECIPITANTES |
|-----------|---------------|
| | |

¿Cómo manejarías esta situación, qué pautas de manejo crees que son las adecuadas?

Añade lo que consideres oportuno.

CASO PRÁCTICO 2:

Son las 16.30 del jueves 23 de febrero.

de vasos y platos.

El señor MPO está sentado, frente a la ventana, como ausente, no dice nada.

Antes leía el periódico y salía a pasear pero hace tiempo que ha dejado de hacerlo.

Su mujer dice que está como apagado.

¿De qué alteración conductual o alteraciones se trata?

Rellena el siguiente registro con la información que consideres pertinente.

| SITUACIÓN | PRECIPITANTES |
|-----------|---------------|
| | |

¿Cómo manejarías esta situación, qué pautas de manejo crees que son las adecuadas?

Añade lo que consideres oportuno.

